

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro

Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental

2008

Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro

A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em
Saúde Mental, submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Maria Constança Paúl
Professora Catedrática
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Co-orientadora – Doutora Maria Helena de Aguiar
Pereira e Pestana
Professora Auxiliar
Instituto das Ciências do Trabalho e da Empresa.

Este trabalho teve o apoio do Centro de Investigação e Tecnologia da Madeira através da concessão de uma Bolsa de Doutoramento a quem agradeço.



Siglas e Abreviaturas

ABVD – Actividades Básicas da Vida Diária

AIDL – Actividades Instrumentais da Vida Diária

CID – Classificação Internacional das Doenças

DGS – Direcção Geral da Saúde

DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EUA – Estados Unidos da América

IC – Intervalo de Confiança

LSNS – *Lubben Social Network Scale*

MHI – *Mental Health Inventory*

MRL – Modelo de Regressão Logística

OR – *Odds Ratio*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAM – Região Autónoma da Madeira

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados aos Idosos

S – Desvio padrão

SM – Saúde Mental

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SRAS – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais

SRS E. P. E. – Serviço Regional de Saúde Empresa Pública Empresarial

SWB – Bem-Estar Subjectivo

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

\bar{X} – Média amostral

A sabedoria de um ser humano não é definida pelo quanto ele sabe, mas pelo quanto ele tem consciência de que não sabe...

Augusto Cury (2005)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Constança Paúl, orientadora deste trabalho, pelo muito que me tem ensinado com a sua competência científica mas também com a sua atitude construtiva e humanista, e que, ao longo minha formação, me tem incentivado a investigar sobre as pessoas idosas, para melhor compreendê-las na suas dificuldades, nas suas grandezas e na forma sábia como perspectivam a vida. Por tudo quanto tem representado para a minha maturação profissional e pessoal.

À Professora Doutora Maria Helena Pestana, co-orientadora deste trabalho, pela ajuda imprescindível que me facultou, na melhor compreensão e domínio dos métodos e técnicas estatísticas utilizados. Pela clareza e competência das suas orientações e também pelos seus incentivos que me permitiram ultrapassar as dificuldades e aprender.

Às pessoas idosas que se disponibilizaram para partilhar a sua vida nesta investigação, permitindo-me compreender mais profundamente as suas realidades.

Ao Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde Empresa Pública Empresarial e a todos os profissionais deste Serviço que deram o seu contributo e incentivo para que esta investigação se concretizasse. O meu reconhecimento especial à Direcção de Enfermagem e a todos os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, que prontamente, se dispuseram a colaborar no trabalho de campo desta pesquisa.

A todos os amigos que com entusiasmo me incentivaram a progredir. À Luísa, à Gorete e à Ana em especial.

À Carla e à Mónica pelo optimismo permanente que muito me ajudou a ultrapassar dificuldades e a trilhar o caminho com maior confiança.

À minha família pelo quanto despendeu e por tudo o que me deu para que aqui chegasse. À Lena, ao João, à minha mãe e ao Luís, por terem alimentado neste longo percurso, a minha esperança e a vontade de contribuir para o bem da sociedade e das pessoas.

Bem hajam e o meu reconhecido obrigado.

RESUMO

O presente estudo teve como objectivos caracterizar do ponto de vista da saúde mental a população idosa da Região Autónoma da Madeira (RAM); determinar as prevalências das situações de saúde mental positiva e negativa e avaliar a influência positiva (protectora) ou negativa (de risco) de certos factores pessoais e do meio na saúde mental. Foi um estudo de natureza psicossocial, transversal, probabilístico, com uma componente descritiva e outra inferencial. A amostra (N=342) representativa das pessoas com 65 e mais anos, residentes na comunidade, foi estratificada por concelhos, por géneros e por classes etárias. A selecção foi feita da base de dados do Cartão de Utente do Serviço Regional de Saúde Empresa Pública Empresarial.

As pessoas idosas foram entrevistadas pelas enfermeiras dos Centros de Saúde, que utilizaram para tal um questionário estruturado.

Na avaliação das variáveis utilizaram-se diversos instrumentos alguns dos quais amplamente usados em outros estudos com população idosa. A saúde mental foi avaliada utilizando-se o *Mental Health Inventory* – MHI (Ware & Veit, 1983; Ribeiro, 2000), que contempla uma dimensão mais positiva o bem-estar psicológico e outra mais negativa o *distress* psicológico. Nas variáveis independentes (pessoais e do meio ambiente) utilizaram-se: para a classe social a Classificação Social de *Graffar* (Graffar, 1956); para a rede social a *Lubben Social Network Scale* – LSNS (Lubben, 1988); para a autonomia nas actividades instrumentais da vida diária a IADL (Lawton & Brody, 1969; Botelho, 2000); para a capacidade funcional (ABVD) o Índice de *Katz* (Katz et al., 1963; Cantera, 2000). As restantes variáveis, nomeadamente as de caracterização demográfica bem como as auto-percepções relativas ao rendimento, à habitação, de controlo, a ocupação do tempo, os acontecimentos de vida significativos, a autonomia física, a percepção relacionada com a saúde, as queixas de saúde ou doenças, os apoios de saúde e sociais, foram avaliadas através de questões formuladas para o efeito.

No tratamento de dados, procedeu-se à análise descritiva das diferentes variáveis obtendo-se uma primeira caracterização da saúde mental das pessoas inquiridas. A fim de determinar as prevalências das situações de saúde mental mais positiva e mais negativa, recorreu-se à análise com três *clusters*. Para determinar a associação entre as variáveis pessoais e do meio e a saúde mental, usaram-se dois modelos de regressão logística (MRL). Num 1º MRL o enfoque colocou-se na relação das capacidades físicas e na percepção de saúde detidas

pelas pessoas idosas, na disponibilidade de apoios específicos e a saúde mental. O 2º MRL focalizou-se na interacção entre a percepção de controlo detida pelas pessoas idosas, as condições sócio-económicas e a saúde mental.

Resumem-se os resultados: na amostra identificou-se uma percentagem superior de mulheres (66,4%) face aos homens. A classe etária dos 65-74 anos incluiu maior número de idosos (64,9%). A maioria de (55,6%) residiam fora do Funchal. Os reformados eram prevalentes (78,1%) bem como os que detinham 1 a 11 anos de escolaridade (58,2%). As mulheres (65,2%) eram mais analfabetas do que os homens (48,7%). Dos idosos 44,4% pertenciam à classe social V (muito baixa) sendo a maioria mulheres (53,3%). A idade mínima da amostra foi 65 anos e a máxima 89 anos. A idade $\bar{X} = 72,6$ anos com um $S = 5,77$.

Foram encontrados níveis mais positivos nas diferentes dimensões da saúde mental. Prevalências: saúde mental positiva 67,0%, bem-estar psicológico elevado 24,3%. Apenas 3,2% apresentaram *distress* psicológico mais elevado. Com depressão maior identificaram-se 0,3% dos idosos.

Num 1º MRL com as possíveis variáveis explicativas ajustadas, verificou-se que a probabilidade da saúde mental ser mais positiva era cerca de 0,3 vezes inferior nas mulheres, nos idosos com redes sociais muito limitadas e nos que percepcionavam a saúde própria como razoável ou pior. Era menor 0,5 vezes quando não sabiam ou percepcionavam a saúde como pior comparativamente aos pares, e 0,3 vezes quando referiram o mesmo, comparando-a com há um ano atrás. Era ainda 0,1 vez inferior quando possuíam limitações físicas para satisfazer as necessidades próprias. A probabilidade de ser mais positiva era 2,5 vezes superior quando as pessoas possuíam 1 a 11 anos de escolaridade. A variância no nível de saúde mental, explicada com base no 1º modelo foi 44,2%, valor estimado através do *Nagelkerke R Square*.

Os resultados do 2º MRL com variáveis ajustadas, permitem afirmar que a probabilidade da saúde mental ser mais positiva era 0,3 vezes menor nas mulheres, 0,1 vez inferior nos idosos que percepcionavam o rendimento auferido como razoável ou fraco e 0,4 vezes menor quando tinham uma rede social muito limitada. Ter limitações físicas deslocando-se na rua apenas com apoio diminuía 0,3 vezes a probabilidade de saúde mental mais positiva, verificando-se o mesmo nos que auferiam apoio dos serviços sociais. Uma probabilidade 2,4 vezes superior da saúde mental ser mais positiva foi encontrada nos idosos com 1 a 11 anos de escolaridade quando comparada com os analfabetos. O *Nagelkerke R Square* = 37,3%, foi menor do que o obtido no modelo prévio, pelo que a variação

ao nível da saúde mental explicada por este modelo é inferior.

A evidência de que as pessoas idosas possuíam maioritariamente um nível superior de saúde mental, comprovou que a velhice não é sinónimo de doença. Foi também superior a percentagem daqueles que possuíam redes sociais menos limitadas. O nível mais elevado de *distress* psicológico surgiu com uma prevalência de 3,2% e apenas 0,3% das pessoas idosas estavam mais deprimidas o que evidenciou a necessidade de serem providenciadas respostas na comunidade para o seu tratamento. Dos inquiridos 8,8% apresentavam um nível médio de depressão, sugerindo a pertinência de serem efectuados às pessoas nessa situação, diagnósticos clínicos mais precisos.

As limitações na capacidade física para a satisfação de necessidades diárias e a percepção de saúde mais negativa emergiram como factores significativos para a pior saúde mental confirmando resultados de pesquisas prévias. No 2º MRL a percepção pelos idosos de que o rendimento mensal auferido era fraco aumentou também a probabilidade da saúde mental ser pior. Nos dois modelos verificaram-se influências positivas quando os idosos possuíam 1 a 11 anos de escolaridade comparativamente aos analfabetos, o que pode ser considerado um factor protector para a saúde mental.

Sublinhamos como principais **conclusões** deste estudo:

O protocolo e os instrumentos de avaliação foram adequados para atingir os objectivos. Da avaliação à saúde mental concluiu-se que as pessoas idosas possuíam situações mais positivas e favoráveis. Dos três factores utilizadas na estratificação da amostra apenas o género feminino estava associado significativamente à pior saúde mental. **Sugere-se** a replicação deste estudo para acompanhar a evolução da saúde mental da população idosa da RAM. Os resultados deverão ser divulgados à comunidade científica e técnica bem como aos decisores políticos e aos gestores dos serviços de saúde, sociais, educativos e com acção directa sobre a vida dos idosos a fim de serem extraídas ilações, favoráveis à adopção de políticas e programas promotores da saúde mental que passem pelo aumento da escolaridade e por medidas/acções que reduzam a maior susceptibilidade de saúde mental negativa associada ao género feminino, promovam o reforço das redes sociais das pessoas idosas, a autonomia física necessária à satisfação das necessidades próprias bem como as auto-percepções positivas relacionadas com a saúde e com os rendimentos auferidos. Deverão ser-lhes facultadas também oportunidades de participação activa na comunidade a que pertencem.

SUMMARY

The objectives of this study were to characterise the older part of the population in Madeira Autonomous Region (RAM) from the mental health perspective, to determine the prevalence of positive and negative mental health situations, and to assess the positive (protective) or negative (risk) influence of certain personal and environmental factors on mental health. This was a study of a psycho-social, broad and probabilistic nature, with two components: a descriptive one and an inferential one. The representative sample (N=342) of people aged 65 or older resident in the community was layered according to municipality, sex and age groups. The choice of people to include in the sample was done on the basis of the Users' Card data base of the Regional Health Service (a public sector company).

The older people were interviewed by Health Centre nurses who used a structured questionnaire for this purpose.

Several tools, some of which have been widely used in other studies on older people, were used for assessing the variables. Mental health was assessed using the Mental Health Inventory – MHI (Ware & Veit, 1983; Ribeiro, 2000), which has a positive dimension – psychological well-being – and another, negative, one – psychological distress. The independent variables (personal and environment related) were measured using different instruments: for social classes we used Graffar's Social Classification (Graffar, 1956); for social networks we used Lubben's Social Network Scale – LSNS (Lubben, 1988); for autonomy in daily living instrumental activities we used the IADL (Lawton & Brody, 1969; Botelho, 2000); and for functional capacity (ABVD) we used Katz' Index (Katz et al., 1963; Cantera, 2000). The remaining variables, namely those for demographic characterisation as well as self-perceptions related to income, housing, control, time occupation, significant life events, physical autonomy, perception related to health, complaints about health or illnesses, and health and social supports, were assessed through questions drawn up for this purpose.

When treating the data, a descriptive analysis of the different variables was carried out, obtaining a first-pass characterisation of the mental health of the people questioned. In order to determine the prevalence of the more positive and more negative mental health situations we carried out an analysis involving three clusters. To determine the association between the personal and environmental variables and mental health, we used two logistical regression models (LRMs). In

the first LRM the focus was put on the relation between the physical capacities and health perception which the older people had, on the availability of specific support elements and on mental health. The second LRM focussed on the interaction between the older persons' perception of control, their socio-economic conditions and their mental health.

The results can be summarised as follows: in the sample there was a higher percentage of women (66,4%). Most of the older people (64,9%) were in the 65-74 years age group. The people lived outside Funchal were 55,6%. Retired people were prevalent (78,1%) as were those with between 1 and 11 years of education (58,2%). More of the women were illiterate (65,2%) than was the case with the men (48,7%). Of the older people, 44,4% belonged to social class V (very low), with most of these people being women (53,3%). The minimum age in the sample was 65 years while the maximum was 89 years. Mean age \bar{X} was 72,6 years while the standard deviation S was 5,77.

Positive levels were found for the different mental health dimensions. The following prevalence levels were found: positive mental health of 67,0% and high psychological well being of 24,3%. Only 3,2% of the older people had a high psychological distress level while just 0,3% of the older persons had major depression.

Using the first LRM, and having adjusted the possible explicative variables, we found that the probability of mental health being more positive was about 0,3 times lower in women, in older people with very limited social networks, and in those older adults who perceived their own health as being reasonable or worse. The probability was 0,5 times lower when the older people did not know how their health compared with that of their peers or perceived their own health as being worse, and 0,3 times lower when they perceived that their own health as being worse than it was a year ago. It was also 0,1 times lower in those older adults who had physical limitations in satisfying their own needs. The probability of mental health being more positive was 2,5 times greater when the people had 1 to 11 years of school education. The mental health level variance, explained on the basis of the first model, was 44,2%, with this figure being estimated through the Nagelkerke R Square.

After adjustment of the variables, the results of the second LRM allow us to state that the probability of mental health being more positive was 0,3 times lower in women, 0,1 times lower in older people who perceived that their income

received was reasonable or low and 0,4 times lower when they had a very limited social network. Having physical limitations and only being able to move in the street with support reduced the probability of more positive mental health by 0,3 times, with the same decrease being seen in relation to those people getting social services support. A probability of having more positive mental health 2,4 times greater was found in older people with 1 to 11 years of school education in comparison with illiterate older people. The Nagelkerke R Square = 37,3% was lower than that obtained in the previous model and so the variation in mental health level explained by this model is lower.

The evidence that most of the older people have a higher level of mental health proves that old age is not necessarily synonymous with illness. The percentage of those older people with less limited social networks was also higher. The highest psychological distress level had a prevalence of 3,2% while only 0,3% of the older people were more depressed. This demonstrates the need for responses for treating these people to be prepared in the community. 8,8% of the older people questioned had moderate depression. This suggests that it may be relevant to carry out more accurate clinical diagnoses of the older people in this situation.

Physical capacity limitations for satisfying daily needs and the perception of negative health appeared as significant factors for very poor mental health, thus confirming the results of previous research. In the second LRM, the perception of the older people that their monthly income was low also increased the probability of their mental health being very poor. In both models we saw a positive influence resulting when the older people had between 1 and 11 years of school education, in comparison with those older people who were illiterate. We may thus consider that education is a factor protecting mental health.

The main **conclusions** of this study were as follows:

The assessment protocol and instruments were appropriate for achieving the objectives. From the assessment of the older people's mental health it was concluded that older people have more positive and favourable situations. Of the three factors used for stratifying the sample, only being female was associated in a significant manner with worse mental health. It is suggested that this study is repeated at a later date to monitor the mental health evolution of the older people on Madeira. The results should be made available to the scientific and technical community as well as to political decision makers and health, social and education service managers. Such people are able to take direct actions affecting

the lives of older people and can draw conclusions leading to the adoption of policies and programmes for promoting mental health such as increasing education levels, taking measures/actions for reducing the greater negative mental health susceptibility associated with women, promoting stronger social networks for older people, giving older people the physical autonomy needed for allowing them to satisfy their own needs, and giving older people more positive levels of self-perception related to health and income. Older people must also be provided with opportunities for actively participating in the communities to which they belong.

RÉSUMÉE

L'étude présente a eu comme d'objectives caractériser, du point de vue de la santé mentale, la population âgée de la Région Autonome de Madère, déterminer les prévalences des situations de santé mentale positive et négative et évaluer l'influence positive (protectrice) ou négative (de risque) de certains facteurs personnelles et de l'environnement, chez la santé mentale. Ce a été une étude de nature psycho social, transversale, probabiliste, avec une composante descriptive et une outre inférencial. L'échantillon (N=342) représentatif des personnes âgées avec soixante cinq et plus ans, résidents dans la communauté, a été stratifié par des conseils, par le genre, et selon classes d'âge. La sélection a été faite de la base de données de la Carte d'Usager du Service Régional de Santé –Entité Publique D'entreprise.

Les personnes âgées ont été interviewées par les infirmières des Centres de Santé, qui ont utilisé pour cela un questionnaire structuré.

Dans l'évaluation des variables se sont utilisés de divers instruments certains desquels suffisamment utilisés dans d'autres études avec population âgée. La santé mentale a été évaluée en s'utilisant le Mental Health Inventory – MHI (Ware et Veit, 1983; Ruisseau, 2000), qui envisage une dimension plus positive – le bien-être psychologique et autre plus négative – le distress psychologique. Dans les variables indépendantes (personnels et de l'environnement ils) se sont utilisés: pour la classe sociale, le Classement Social de Graffar (Graffar, 1956); pour le filet social, la Lubben Social Network Scale – LSNS (Lubben, 1988); pour l'autonomie dans les activités instrumentales de la vie quotidienne IADL (Lawton et Brody, 1969 ; Botelho, 2000); pour la capacité fonctionnelle (ABVD) l'Indice de Katz (Katz et al., 1963; Cantera, 2000). Les autres variables, notamment celles de caractérisation démographique ainsi que les afférents a les auto perceptions relatives au rente, à l'habitation, au contrôle, a l'occupation du temps, a les événements de vie significatifs, a l'autonomie physique, la perception rapportée avec la santé, les plaintes sur la santé ou les maladies, les aides de santé et sociales, ont été évalués à travers des questions formulées à cet effet.

Dans le traitement de données, s'est procédé à l'analyse descriptive des différentes variables en s'obtenant une première caractérisation de la santé mentale des personnes enquêtées. Afin de déterminer les prévalences des situations de santé mentale plus positive et plus négative, il s'est fait appel à

l'analyse sur trois clusters. Pour déterminer l'association entre les variables personnelles et du environnement et la santé mentale, on a utilisé deux modèles de régression logistique (MRL). À un 1er MRL, l'approche s'est placée dans la relation des capacités physiques et dans la perception de santé des personnes âgées, dans la disponibilité d'aides spécifiques et de la santé mentale. La 2nd MRL s'est focalisée dans l'interaction entre la perception de contrôle retenue par les personnes âgées, les conditions socio-économiques et la santé mentale.

Se résumant les résultats: dans l'échantillon s'est identifié un pourcentage supérieur de femmes (66,4%). La classe d'âge 65-74 années a inclus plus personnes âgées (64,9%). Les personnes qui habitaient hors le Funchal, étaient 55,6%. Les retraités étaient dominants (78,1%) ainsi que ceux qui détiennent 1 à 11 ans de scolarité (58,2%). Les femmes (65,2%) étaient plus analphabètes que les hommes (48,7%). Des personnes âgées, 44,4% appartenaient à la classe sociale V (très basse) en étant à la majorité les femmes (53,3%). L'âge minime de l'échantillon a été 65 ans et la maxime 89 ans. L'âge $X=72,6$ années avec un $S=5,77$. Ont été trouvés des niveaux plus positifs reportés à les différentes dimensions de la santé mentale. Prévalences: santé mentale positive 67,0%, bien-être psychologique élevé 24,3%. Seulement 3,2% a présenté distress psychologique plus élevé, On a identifié 0,3% des personnes âgées avec dépression plus accentuée.

À un 1^{er}. MRL, avec les possibles variables explicatives ajustées, il s'est vérifié que la probabilité de la santé mentale être plus positive était environ 0,3 fois inférieur dans les femmes, chez les âgées avec des filets sociaux très limités et chez lesquels qui perceptivement la propre santé comme raisonnable ou pire. C'était moindre 0,5 fois quand ils ne savaient pas ou perceptivement la santé comme pire comparativement aux paires, et 0,3 fois ils quand ont rapporté le même, en la comparant avec laquelle rapportée à l'année derrière. C'était encore 0,1 fois inférieur quand ils possédaient des limitations physiques pour satisfaire les nécessités propres. La probabilité d'être plus positive était 2,5 fois supérieure quand les personnes possédaient 1 à 11 ans de scolarité. La variance à le niveau de santé mentale, expliquée sur base de la première modèle a été 44,2%, valeur estimé à travers le Nagelkerke R Square.

Les résultats du 2nd. MRL avec des variables ajustées, permettent d'affirmer que la probabilité de la santé mentale être plus positive était 0,3 fois moindre chez les femmes, 0,1 fois inférieure chez les âgés qui perçut la rente comme raisonnable ou faible et 0,4 fois moindre quand ils avaient un filet social très

limité. Avoir des limitations physiques en se déplaçant dans la rue seulement avec aide diminuait 0,3 fois la probabilité de santé mentale plus positive, en se vérifiant le même chez lesquels qui avaient d'aide des services sociaux. Une probabilité 2,4 fois supérieure de la santé mentale plus positive a été trouvée parmi les âgées avec 1 à 11 ans de scolarité comparativement aux analphabètes. Le Nagelkerke R Square = 37,3%, ici obtenu, a été moindre que celui du modèle préalable. Ainsi, la variation au niveau de la santé mentale expliquée par ce modèle est inférieure.

L'évidence dont les personnes âgées possédaient majoritairement un niveau supérieur de santé mentale, a vérifié que la vieillesse n'est pas synonyme de maladie. Ça a été aussi supérieur au pourcentage de ceux qui possédaient des filets sociaux moins limités. Le niveau le plus élevé de *distress* psychologique est apparu avec une prévalence de 3,2% et seulement 0,3% des personnes âgées était déprimées, ce qui a prouvé la nécessité d'être fourni des réponses dans la communauté pour le traitement de les mêmes. De ceux-ci qu'on a enquêté, 8,8% présentaient un niveau moyen de dépression, en suggérant la pertinence d'être effectué aux personnes dans cette situation, diagnostics cliniques plus précis.

Les limitations dans la capacité physique pour satisfaire les nécessités quotidiennes et la perception de santé plus négative ont émergé comme des facteurs significatifs pour la pire santé mentale en confirmant des résultats de recherches préalables. À le 2nd. MRL la perception par les personnes âgées dont la rente mensuel était faible a augmenté aussi la probabilité de la santé mentale être pire. On a vérifié dans les deux modèles une influence positive quand les personnes âgées possédaient 1 à 11 ans de scolarité comparativement aux analphabètes, ce qui peut être considéré un facteur protecteur pour la santé mentale.

Nous soulignons comme principales **conclusions** de cette étude:

Le protocole et les instruments d'évaluation ont été appropriés pour atteindre les objectifs. De l'évaluation à la santé mentale il s'est conclu que les personnes âgées possédaient des situations plus positives et favorables. Des trois facteurs utilisés dans la stratification de l'échantillon, seulement le genre féminin était associé significativement à pire santé mentale. **Il se suggère** la réplication de cette étude pour accompagner l'évolution de la santé mentale de la population âgée de la Région Autonome de Madère. Les résultats devront être divulgués à la communauté scientifique et technique ainsi qu' aux décideurs politiques et aux directeurs des services de santé, sociaux, éducatifs et que développent une action

directe sur la vie des personnes âgées, afin d'être extraites des illations, favorables à l'adoption de politiques et de programmes promoteurs de la santé mentale qui passent par la promotion de la scolarité et par des mesures/actions qui réduisent la susceptibilité d'avoir une de santé mentale négative associé a le genre féminin, qui promeuvent le renforcement des filets sociaux des personnes âgées, l'autonomie physique nécessaire la satisfaction des nécessités propres ainsi que l'auto-perceptions positives rapportées a la santé et a les rentes obtenues. On devra, aussi, être facilité des occasions de participation active dans la communauté à laquelle ils appartiennent.

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	25
1. REVISÃO TEÓRICA	31
1. 1. Envelhecimento e saúde mental.....	32
1. 1. 1. O envelhecimento activo	35
1. 1. 2. O envelhecimento bem sucedido	38
1. 1. 3. Saúde mental.....	41
1. 1. 4. Perturbações da saúde mental nas pessoas idosas.....	47
1. 2. Determinantes da saúde mental	53
1. 2. 1. Factores com influência nas perturbações da saúde mental dos idosos	64
1. 3. Promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais	78
2. METODOLOGIA	94
2. 1. Estudo piloto.....	95
2. 1. 1. Objectivos	96
2. 1. 2. Caracterização sócio-demográfica da RAM	96
2. 1. 3. População e Amostra	98
2. 1. 4. Variáveis e Instrumentos.....	99
2. 1. 5. Procedimentos	107
2. 1. 6. Resultados.....	110
2. 1. 7. Discussão	118
2. 1. 8. Conclusões	120
2. 2. Estudo principal	121
2. 2. 1. Objectivos	121
2. 2. 2. População e Amostra	121
2. 2. 4. Procedimentos	125
3. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS	127
3. 2. Prevalências das situações de saúde mental positiva e negativa: resultados da análise de clusters	193
3. 3. Factores de protecção e de risco associados à melhor ou pior saúde mental: resultados inferenciais: modelos de regressão logística	196
4. DISCUSSÃO	226
5. CONCLUSÕES.....	245
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	250

ANEXOS

Anexo nº 1. Protocolo de investigação	271
Anexo nº 2. Mapa com índices de envelhecimento por municípios da RAM	301
Anexo nº 3. População em estudo – base de dados do cartão de utente da RAM	303
Anexo nº 4. Autorizações do Conselho de Administração do SRS E.P.E. e pareceres da Comissão de Ética e da Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública	305
Anexo nº 5. Pontuação do <i>Mental Health Inventory</i>	312
Anexo nº 6. Carta dos Centros de Saúde da RAM	314
Anexo nº 7. Consentimento informado da pessoa idosa.....	316
Anexo nº 8. Verificação das simetrias – estudo piloto	318
Anexo nº 9. Fórmula para calculo da amostra para o estudo principal.....	323
Anexo nº 10. Verificação das simetrias – estudo principal.....	325
Anexo nº 11. Nagelkerke R Square (R^2) para os diferentes modelos de regressão logística	334

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1. Distribuição da população com 65 e mais anos pelos concelhos da RAM por género	97
Tabela nº 2. Distribuição dos idosos na amostra.....	99
Tabela nº 3. Distribuição dos idosos sujeitos ao MMSE por classes etárias, género e nível de escolaridade.....	110
Tabela nº 4. Idosos que integraram a amostra definitiva por classes etárias, género e nível de escolaridade	111
Tabela nº 5. Amostra estimada por estratos*	123
Tabela nº 6. Amostra estimada	123
Tabela nº 7. Amostra definitiva.....	124
Tabela nº 8. Valores de <i>Alpha de Cronbach</i> obtidos para o MHI e sub escalas comparados com os referidos por Ribeiro (2000) e para a versão original (EUA).....	125
Tabela nº 9. Resultados das tentativas de contacto e da aplicação dos critérios de inclusão	128
Tabela nº 10. Distribuição dos idosos por concelhos, classes etárias e género em função dos resultados das tentativas de contacto e da aplicação dos critérios de inclusão.....	130
Tabela nº 11. Outras razões da não inclusão dos idosos na amostra definitiva por estratos	133
Tabela nº 12. Total de idosos que não integrou a amostra por estratos	135
Tabela nº 13. Resultados da aplicação do MMSE	136
Tabela nº 14. Características das amostras: estimada e definitiva	137
Tabela nº 15. Características dos idosos que não participaram no estudo.....	137
Tabela nº 16. Situação profissional	137
Tabela nº 17. Situação profissional por género	138
Tabela nº 18. Situação profissional por classes etárias.....	138
Tabela nº 19. Situação profissional por concelhos.....	139
Tabela nº 20. Estado civil e situação profissional	140
Tabela nº 21. Nível de escolaridade e situação profissional.....	141
Tabela nº 22. Nível de escolaridade por classes etárias	142
Tabela nº 23. Nível de escolaridade por género	142
Tabela nº 24. Nível de escolaridade por concelhos.....	143
Tabela nº 25. Estado civil por classes etárias	143

Tabela nº 26. Estado civil por género.....	144
Tabela nº 27. Estado civil por concelhos	144
Tabela nº 28. Distribuição dos idosos por classes sociais	145
Tabela nº 29. Percepção relativa ao rendimento auferido	146
Tabela nº 30. Pessoa a quem os idosos solicitavam ajuda.....	147
Tabela nº 31. Percepção relativa à habitação.....	148
Tabela nº 32. Rede social.....	149
Tabela nº 33. Percepção de controlo.....	151
Tabela nº 34. Pessoas com controlo sobre a vida dos idosos	151
Tabela nº 35. Ocupação do tempo/actividades	153
Tabela nº 36. Acontecimentos de vida significativos	155
Tabela nº 37. Acontecimentos de vida significativos: modo como afectaram os idosos	156
Tabela nº 38. Natureza dos acontecimentos de vida significativos	156
Tabela nº 39. Desgostos no ano prévio.....	157
Tabela nº 40. Capacidade para a deslocação dentro de casa	158
Tabela nº 41. Capacidade para a deslocação na rua	159
Tabela nº 42. Capacidade física para satisfazer necessidades	160
Tabela nº 43. Actividades básicas de vida diária.....	161
Tabela nº 44. Usar o telefone.....	162
Tabela nº 45. Fazer compras.....	162
Tabela nº 46. Gerir o dinheiro.....	163
Tabela nº 47. Tomar medicamentos.....	163
Tabela nº 48. Usar transportes.....	163
Tabela nº 49. Preparar refeições	164
Tabela nº 50. Fazer a lida da casa.....	164
Tabela nº 51. Lavar/tratar da roupa	164
Tabela nº 52. Percepção relativa à saúde no presente	172
Tabela nº 53. Saúde Relativa: comparação com outros idosos.....	174
Tabela nº 54. Saúde actual/saúde no ano transacto	175
Tabela nº 55. Queixas de saúde ou doenças	177
Tabela nº 56. Queixas de saúde ou doenças: medidas descritivas	178
Tabela nº 57. Acompanhamento por serviços saúde	179
Tabela nº 58. Idosos medicados	180
Tabela nº 59. Apoios Sociais	181
Tabela nº 60. Tipo do apoio social por género	181

Tabela nº 61. Resultados obtidos no MHI e sub escalas	183
Tabela nº 62. MHI e sub escalas: resultados por género.....	184
Tabela nº 63. MHI e Sub escalas: resultados por classes etárias	186
Tabela nº 64. MHI e sub escalas: resultados por concelhos	187
Tabela nº 65. MHI e sub escalas: resultados por nível de escolaridade	188
Tabela nº 66. MHI e sub escalas: resultados por situação profissional.....	190
Tabela nº 67. MHI e sub escalas: resultados por estado civil	192
Tabela nº 68. Associação das potenciais variáveis explicativas com a saúde mental - 1º modelo de regressão logística	204
Tabela nº 69. Associação das potenciais variáveis explicativas com a saúde mental - 2º modelo de regressão logística	206
Tabela nº 70. Associação das potenciais variáveis explicativas com o bem-estar psicológico - 1º modelo de regressão logística	207
Tabela nº 71. Associação das potenciais variáveis explicativas com o bem-estar psicológico - 2º modelo de regressão logística	208
Tabela nº 72. Associação das potenciais variáveis explicativas com o afecto positivo - 1º modelo de regressão logística.....	209
Tabela nº 73. Associação das potenciais variáveis explicativas com o afecto positivo - 2º modelo de regressão logística.....	210
Tabela nº 74. Associação das potenciais variáveis explicativas com os laços emocionais - 1º modelo de regressão logística	211
Tabela nº 75. Associação das potenciais variáveis explicativas com os laços emocionais - 2º modelo de regressão logística	212
Tabela nº 76. Associação das potenciais variáveis explicativas com o <i>distress</i> psicológico - 1º modelo de regressão logística	213
Tabela nº 77. Associação das potenciais variáveis explicativas com o <i>distress</i> psicológico - 2º modelo de regressão logística	214
Tabela nº 78. Associação das potenciais variáveis explicativas com a perda de controlo comportamental/emocional - 1º modelo de regressão logística.....	215
Tabela nº 79. Associação das potenciais variáveis explicativas com a perda de controlo comportamental/emocional - 2º modelo de regressão logística	216
Tabela nº 80. Associação das potenciais variáveis explicativas com a depressão - 1º modelo de regressão logística	217

Tabela nº 81. Associação das potenciais variáveis explicativas com a depressão – 2º modelo de regressão logística.....	218
Tabela nº 82. Associação das potenciais variáveis explicativas com a ansiedade – 1º modelo de regressão logística.....	219
Tabela nº 83. Associação das potenciais variáveis explicativas com a ansiedade – 2º modelo de regressão logística.....	220
Tabela nº 84. Variâncias explicadas nos modelos de regressão logística (<i>Nagelkerke R Square-R²</i>).....	222

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1. Determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde mental	54
Quadro nº 2. Factores de risco e de protecção pessoais para as desordens mentais.....	55
Quadro nº 3. Índice de <i>Katz</i>	103
Quadro nº 4. Actividades instrumentais da vida diária	104
Quadro nº 5. Percentagens de idosos mais autónomos nas AIVD	171
Quadro nº 6. Percentagens de idosos menos autónomos nas AIVD	172
Quadro nº 7. Resultado da Análise de Variância para determinação do número de <i>clusters</i>	194
Quadro nº 8. Distribuição dos idosos pelos <i>clusters</i> relacionados com a saúde mental	195
Quadro nº 9. Transformação de variáveis para inclusão nos Modelos de Regressão Logística	197
Quadro nº 10. Procedimentos, efeitos e grupos de referência adoptados nas variáveis exógenas	200
Quadro nº 11. Distribuição das variáveis exógenas pelos dois modelos de regressão logística	202
Quadro nº 12. Matriz de variáveis significativas resultantes dos modelos de regressão logística com ajustamento	221

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1. Modelo da relação entre saúde e envelhecimento bem-sucedido	39
Figura nº 2. Estrutura para a saúde mental proposta no <i>Mental Health Inventory</i>	42
Figura nº 3. Dimensões conceptuais da saúde mental	43
Figura nº 4. Modelo funcional da saúde mental: Determinantes	56
Figura nº 5. Modelo proposto no <i>Gospel OAK Project</i>	65
Figura nº 6. Modelo processual do suporte social e do stresse	69

0. INTRODUÇÃO

O aumento significativo da população idosa confronta as sociedades e os países com a imprescindibilidade de serem definidas políticas, planos e programas, promotores de um envelhecimento activo e bem sucedido.

No âmbito da saúde e mais especificamente da saúde mental constata-se, também, a oportunidade e a importância de serem definidas políticas, concebidos planos de intervenção, adoptados programas e equacionadas acções, ajustados às características e às necessidades das pessoas com idade mais avançada. Os mesmos devem impulsionar um envelhecimento saudável e com bem-estar por um período de tempo alongado e contribuir, simultaneamente, para prevenir a ocorrência de sintomas, síndromes e perturbações da saúde mental, os quais têm efeitos deletérios e custos acrescidos quer a nível individual, quer familiar e social.

A promoção da saúde mental é, indubitavelmente, um desafio colocado nos dias de hoje às sociedades, não só de outros países, nomeadamente europeus, mas também à sociedade portuguesa e madeirense, na qual as pessoas idosas têm progressivamente aumentado. Os idosos são um grupo vulnerável do ponto de vista da saúde mental. Representavam, na RAM no ano 2001, 13,8% do total da população residente. A grande maioria permanece na comunidade, residindo nas suas próprias casas ou com familiares (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais –SRAS, 2004).

As perspectivas mais positivas relativas à saúde mental e ao envelhecimento activo e bem sucedido salientam a importância de serem planeadas e equacionadas respostas diversificadas quer ao nível dos serviços de saúde, quer dos sociais e educativos, que promovam a autonomia, o bem-estar psicológico e a saúde da população idosa.

Uma das questões mais relevantes no que concerne à saúde mental deste grupo populacional, independentemente do local onde se encontrem as pessoas, é a referente à necessidade de identificação atempada dos factores de vulnerabilidade e dos determinantes daquela, a qual possibilita a antecipação de medidas e intervenções que minorem o risco da ocorrência de perturbações mentais. As limitações, o sofrimento e os custos das mesmas são hoje reconhecidamente elevados (Brito, 2002; OMS, 2003).

Na Europa, neste âmbito, prevalecem nos idosos as demências e as perturbações depressivas, não sendo distinta a realidade em Portugal (Relatório do grupo de trabalho sobre saúde mental no envelhecimento e pessoas idosas) e muito provavelmente, na RAM.

Urge que se rastreiem e identifiquem as diferentes perturbações para que se planifiquem e estructurem programas preventivos e terapêuticos que as evitem e permitam minimizar as suas consequências mais nefastas, tornando possível aos idosos, viverem melhor e com melhor qualidade de vida (OMS, 2003; OMS, 2004; OMS, 2005).

Reconhece-se, no entanto, as dificuldades subjacentes à determinação dos diferentes factores associados àquelas, bem como à identificação e valorização de sintomas e de certas formas subliminares e subsindrómicas de perturbações da saúde mental. Sabe-se ainda que, nas pessoas idosas, as perturbações da saúde mental e os quadros psicopatológicos são com frequência indevidamente desvalorizados e não reconhecidos como situações tratáveis.

Neste grupo populacional, as perturbações de saúde mental e as situações psicopatológicas não raras vezes fazem parte de um

(...) estado físico crónico e incapacitante ou podem manifestar-se numa situação prolongada de dificuldades sociais. Assim, a morbilidade psiquiátrica pode muito bem subsumir-se nos outros diagnósticos ou pode ser considerada como uma reacção compreensível...Em segundo lugar alguns pacientes mais idosos podem mostrar-se relutantes em admitir os seus sintomas de perturbação devido ao estigma da doença mental (Tansella & Thornicroft, 2001, p.153).

Paralelamente, não raras vezes, os profissionais de saúde têm relativamente ao envelhecimento, uma atitude de cepticismo associada à intervenção bem como relacionam a velhice ao declínio e deterioração. Importa no âmbito das problemáticas de saúde mental nas pessoas idosas, determinar não só o tipo e a sua frequência mas também a forma como os idosos e os que lhes estão próximos as toleram, que relação têm com outras patologias e de que modo se repercutem na sua qualidade de vida (Fernández-Ballesteros 1998).

Apesar de vários factores, alguns intrínsecos aos próprios idosos, outros relacionados com as atitudes e estereótipos da própria sociedade e dos técnicos relativos ao envelhecimento (OMS, 1999, Fernandes, 2002), nos últimos anos têm-se enfatizado a necessidade e a importância de se identificarem precocemente as diversas situações que indiciem problemas ou perturbações, as quais podem evoluir negativamente caso não sejam alvo de atenção e intervenções adequadas.

No que se reporta à saúde mental, a ênfase na intervenção deve colocar-se na comunidade, prevendo-se e equacionando-se respostas mais ajustadas ao nível dos cuidados de saúde primários (OMS, 2001, Paúl e Fonseca, 2005).

Na RAM, existem igualmente limitações ao nível dos serviços e na oferta de respostas mais específicas e ajustadas às características e necessidades relativas à saúde mental da população mais envelhecida. Não foram, até ao presente, efectuadas pesquisas na comunidade relacionadas com a saúde mental das pessoas idosas, pelo que o estudo ora efectuado, tem toda a relevância e oportunidade para a determinação com maior objectividade e rigor das características dos idosos, do ponto de vista da saúde mental bem como alguns dos factores psicossociais que com esta se relacionem.

Em 2001, no relatório sobre a “Saúde mental: nova concepção, nova esperança” cujo organismo responsável foi a OMS, pode ler-se:

Embora o nosso conhecimento das perturbações mentais e comportamentais tenha crescido ao longo dos anos, existem ainda muitas variáveis desconhecidas que contribuem para o desenvolvimento das perturbações mentais, a sua progressão e o tratamento eficaz.

(...) Os dados epidemiológicos são essenciais para a determinação das prioridades no âmbito da saúde e da saúde mental, bem como para projectar e avaliar intervenções de saúde pública. Ainda assim, é escassa a informação sobre a prevalência e a carga das grandes perturbações mentais e comportamentais em todos os países e especialmente nos menos desenvolvidos.

(...) A epidemiologia é também importante entre outras coisas, como instrumento de sensibilização, mas o facto é que um grande número de países não dispõe de dados para apoiar a promoção em saúde mental (OMS, 2001, p.178).

Em Portugal, a situação não é distinta. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, os dados sobre a prevalência dos problemas de saúde mental são escassos. No entanto, os dados existentes sugerem que esta não se afastará muito da encontrada nos países europeus com características semelhantes, embora os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres e idosos) pareçam apresentar risco mais elevado do que no resto da Europa (Diário da República 1ª série – Nº 47 – 6 de Março).

Na RAM a situação é idêntica pois também não existem dados epidemiológicos relacionados com a saúde mental das pessoas idosas.

A nível mundial têm-se constatado progressos efectivos, nesta área, não só pelo facto da comunidade científica reconhecer a magnitude das perturbações da saúde mental no presente, mas também pela importância atribuída à harmonização de instrumentos de triagem e diagnóstico, bem como, à realização de estudos epidemiológicos às populações, que possibilitem planear intervenções adequadas em prol da saúde mental dos indivíduos e das comunidades (Copeland, 1999; Prince, et al. 1999a).

Sabe-se que sem um conhecimento mais objectivo das realidades pessoais, bem como dos factores ambientais que condicionam a saúde mental, assim como das necessidades das pessoas e famílias em matéria de cuidados de saúde e sociais (Barreto, 1984; OMS 2001) não é possível planear serviços de suporte ou prever respostas ajustadas na prestação de cuidados.

O estudo transversal e probabilístico efectuado, de natureza psicossocial, teve como principais objectivos caracterizar do ponto de vista da saúde mental a população idosa da RAM e determinar em que medida, certos factores pessoais e do meio contribuem para promover ou dificultar os processos adaptativos favorecendo ou não a saúde mental das pessoas idosas.

Pretendeu-se responder às seguintes questões:

- Quais as principais características da população idosa da RAM relativamente à saúde mental, considerando as suas dimensões mais positivas e as mais negativas?
- Quais as prevalências das situações de bem-estar psicológico e de saúde mental positiva bem como de *distress* psicológico, depressão e ansiedade, na população idosa da RAM?
- Que factores pessoais e do meio ambiente se associam à saúde mental dos idosos e a influenciam positiva (factores de protecção) ou negativamente (factores de risco)?

Um conhecimento mais objectivo e fidedigno das realidades deste grupo populacional no referente à saúde mental (quer nas suas dimensões mais positivas quer negativas) é primordial para a adequada definição de estratégias, assim como, para a planificação de programas e acções, direccionados à promoção da saúde, à prevenção das perturbações, ao tratamento e à minimização das consequências mais negativas das mesmas.

O presente documento procura descrever, analisar, discutir e inferir tendo por base os resultados da pesquisa efectuada. Estrutura-se e desenvolve-se ao longo de cinco partes iniciando-se por uma revisão teórica sobre a saúde mental

e o envelhecimento, referindo as perturbações mais comuns das pessoas idosas, determinantes da saúde mental, as orientações relativas à promoção da saúde mental bem como a prevenção das respectivas perturbações. A segunda parte refere-se à metodologia utilizada na pesquisa. A terceira apresenta a análise descritiva e inferencial dos dados. Na quarta parte discutem-se os resultados tendo por base a revisão teórica e científica e analisam-se as limitações da investigação efectuada. Da quinta e última parte do relatório constam as principais conclusões e inferências advindas da pesquisa, às quais se seguem algumas sugestões.

1. REVISÃO TEÓRICA

1. 1. Envelhecimento e saúde mental

Uma das recentes preocupações da nossa sociedade reporta-se ao envelhecimento de um número progressivamente mais alargado de pessoas. A esperança de vida tem-se alongado nos países desenvolvidos, existindo a percepção de que o facto de se acrescentar anos à existência, nem sempre tem sido acompanhado por uma melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas.

Uma melhor compreensão do desenvolvimento nas últimas etapas do curso de vida dos seres humanos (referimo-nos ao processo de envelhecimento), requer que contemplemos os diferentes contextos sócio-ecológicos em que o mesmo se produz.

Qualquer análise que se pretenda realizar na óptica da ecologia do envelhecimento deve contemplar não só as pessoas idosas mas também os ambientes, considerando-os sistemas que interagem e se influenciam reciprocamente.

De acordo com Lawton e Nahemow's (1973) a adaptação do organismo ao ambiente é contínua e permanente, ocorrendo de maneira não ocasional. Há efectivamente, de acordo com os autores, uma relação directa entre o modo como o organismo, o ambiente e o comportamento, mudam ao longo do tempo.

A perspectiva ecológica (Stokols & Altman, 1991) pressupõe uma adaptação constante do ser humano ao ambiente, verificando-se que aquele, *com a sua versatilidade, é não só capaz de se adaptar mas também de tolerar, e, sobretudo, criar nos diferentes cenários ecológicos em que vive e se desenvolve (Bronfenbrenner, 1987, p.17)*. Paralelamente, de acordo com este mesmo autor, a natureza humana, examinada em contextos diversos, torna-se *plural e pluralista porque os diferentes ambientes produzem diferenças perceptíveis, não só entre as sociedades mas também dentro delas, quanto ao talento, ao temperamento, às relações humanas e em especial à forma como a cultura e sub cultura se transmitem à geração seguinte (1987, p.17)*.

A saúde mental das pessoas idosas supõe um funcionamento harmonioso da pessoa nos diferentes contextos de pertença. Confere ao idoso a possibilidade de agir, autodesenvolvendo-se e preservando a sua identidade e autonomia. Traduz-se no bem-estar percebido e manifesto através da adaptação da pessoa aos diferentes cenários quotidianos nos quais actua, modificando-os. Todavia a expressão de capacidades humanas, de acordo com Bronfenbrenner

(1987) depende em grande medida, do contexto mais amplo, social e institucional em que a acção individual se desenvolve.

Às últimas etapas da vida associam-se mudanças extremamente significativas. Na transição da idade adulta para a terceira idade e desta para a quarta idade (idade superior a oitenta e cinco anos, Baltes, 1997), a pessoa confronta-se com mudanças não só do ponto de vista biológico, as quais acarretam não raras vezes, diminuição da capacidade funcional, mas também do ponto de vista psicossocial – mudanças de papéis, de estatuto, nas interações, decorrentes entre outros aspectos da reforma (Fonseca, 2005a; Silva, 2005).

A percepção mais ou menos favorável que os idosos têm destas mudanças é significativamente importante, na sua adaptação ao ambiente e para o seu bem-estar.

Paúl, ao reflectir sobre o significado pessoal atribuído à vida pelo idoso e sobre o seu bem-estar refere:

O bem-estar dos idosos tem de facto a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos se desenvolvem e vivem, numa combinação única que é a sua história de vida.

Só a partir da análise transaccional da unidade ecológica pessoa ambiente seremos capazes de compreender o bem-estar subjectivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários (Paúl, 1996, p.30).

Os idosos fizeram uma longa caminhada para o serem e, a sua condição de vida implica não só toda a sua história biológica mas também biográfica, ambas relevantes quando queremos compreendê-los como pessoas, com as suas diversidades.

Na transição para a velhice o idoso é confrontado com situações e condicionalismos que o angustiam, com menores recursos para lidar com os problemas. Nestas circunstâncias o risco para o idoso de desequilíbrio e de doença mental acresce.

Segundo Barreto,

(...) 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 (Barreto, 1988, p.159).

Sabemos que o envelhecimento é um processo heterogéneo para cada pessoa. Esta heterogeneidade relaciona-se com o modo particular como cada

idoso percorreu o caminho da vida, assumiu desafios, superou obstáculos, construiu significados na interação quotidiana em cenários diversificados.

Na velhice, o sentido da existência advém de um memorial de vivências passadas, de um conjunto armazenado de saberes adquiridos através das experiências de vida, da recordação das situações que no âmbito relacional e afectivo deixaram marcas que se avivam ao serem valorizadas quotidianamente, quando o idoso comunica e se sente ouvido e estimado.

As questões concernentes à adaptação, numa perspectiva em que esta se revela essencial à saúde mental dos mais idosos, assumem particular relevância e têm sido contempladas por variados autores que se dedicam ao estudo psicológico e social do envelhecimento (Baltes & Baltes, 1993a; Baltes & Freund, 1998; Brunstein, Schultheiss & Maier, 1999; Coleman, 1990; Fonseca, 2005b; 2005c Silva, 2005).

Enquanto *processo*, de acordo com Barreto, *a adaptação reporta-se à forma como se satisfazem necessidades e se reduzem tensões, particularmente quando estão bloqueadas as vias usuais para a sua resolução*. Enquanto *estado* reporta-se à *condição de equilíbrio do indivíduo com o meio e também consigo mesmo, em determinado momento* (Barreto, 1984, p.179).

Os estilos adaptativos não parecem mudar muito ao longo da vida, todavia, as circunstâncias e os problemas que se colocam aos idosos são outros. Há que admitir variações individuais na capacidade adaptativa das pessoas idosas, sendo mesmo possível, que em circunstâncias mais agrestes, os mecanismos adaptativos não funcionem.

A adaptação da pessoa ao longo da vida inclui: processos relacionados com escolhas, controlo e planeamento, frequentemente ligados ao desempenho competente (Berg & Sansone, 1993). A competência ou incompetência são produzidas através das transacções da pessoa com o seu contexto social, material, histórico e psicológico.

As visões negativas da velhice tendem cada vez mais a ser questionadas. Não parece dever confinar-se a análise da melhor ou pior adaptação e saúde na velhice, exclusivamente, à existência de perdas, limitações e deterioração, dado que sabemos existirem pessoas idosas que expressam mais satisfação com as suas vidas do que os mais jovens (Coleman, 1990).

Ao pretendermos salientar a importância no envelhecimento da saúde mental, é imprescindível fazê-lo de forma abrangente, pelo que seguidamente,

aludimos a dois modelos, que nos parecem importantes para uma melhor compreensão daquela no decurso do processo de envelhecimento.

1. 1. 1. O envelhecimento activo

A velhice é uma etapa do ciclo de vida em que o desenvolvimento continua a verificar-se e em que as mudanças que ocorrem interferem de forma variável, mais ou menos positiva, com o curso que aquele segue para cada pessoa idosa em particular.

Cada idoso configura a sua vida esforçando-se por atingir certos objectivos e procurando as condições ambientais que se ajustem aos seus interesses e às suas competências (Vandenplas –Holper, 2000). Contudo a pessoa não “é a única produtora do seu desenvolvimento”, ela está sujeita a diferentes tipos de constrangimentos que, podem gerar, frequentemente, efeitos secundários indesejáveis.

No entanto, para muitas pessoas, o envelhecimento é uma experiência positiva, verificando-se nesta circunstância, que o alongamento da vida é geralmente acompanhado por contínuas oportunidades de saúde, participação e segurança.

A OMS (2002) adoptou o conceito de envelhecimento activo para expressar o processo conducente a uma visão positiva do envelhecimento, definindo-o como o processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas. O envelhecimento activo permite às pessoas realizarem o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida e para participarem na sociedade em consonância com as suas necessidades, desejos, capacidades, sendo-lhes providenciada a adequada protecção, segurança e cuidados, quando requerem assistência.

No processo de envelhecimento activo consideram-se certos factores determinantes. Para além da cultura e do sexo, determinantes económicos, sociais, físicos, pessoais e comportamentais, têm influência no seu curso. Os serviços de saúde e sociais são também determinantes das condições de saúde dos mais idosos. Não pode ser atribuído a apenas um destes factores o curso mais ou menos positivo do envelhecimento, devendo considerar-se que todos eles se interrelacionam, sendo bons predictores do modo como as pessoas e as populações envelhecem. Torna-se, todavia necessário, aprofundar o

conhecimento científico de modo a compreendermos melhor o modo como estes determinantes afectam a saúde e o bem-estar.

Sabe-se por exemplo que a cultura, envolvente das pessoas e das populações, condiciona a forma como estas envelhecem, devido à sua influência em todas os outros determinantes do envelhecimento activo. No que se reporta ao género, admitem-se variações no modo como os homens e as mulheres experimentam o envelhecimento (Smith & Baltes, 1998; OMS, 2002). Em muitas sociedades as mulheres continuam a ter um estatuto social mais desvalorizado e um menor acesso a certas oportunidades que são essenciais para um desenvolvimento mais saudável como por exemplo: trabalhos menos gratificantes, menor educação, alimentação inadequada, menor acessibilidade aos serviços de saúde (OMS, 2002).

Muitas mulheres assumem responsabilidades significativas cuidando de outros familiares ou pessoas sem qualquer remuneração. Relativamente aos homens é mais frequente sofrerem injúrias ou morte devidas a violência, acidentes (ocupacionais) e suicídio. O risco de terem comportamentos adictivos também é superior relativamente às mulheres.

Englobam-se nos determinantes relacionados com factores pessoais a genética, a biologia e os factores psicológicos. Nestes, a capacidade cognitiva é um forte predictor do envelhecimento activo e da longevidade.

Durante o envelhecimento considerado normal, algumas capacidades cognitivas declinam (e. g. memória, velocidade de aprendizagem), no entanto, estas perdas podem ser compensadas pelos ganhos na sabedoria, no conhecimento e na experiência.

A falta de uso, a doença, os comportamentos inadequados (e. g. uso de álcool) e alguns factores psicológicos (falta de motivação, baixas expectativas e falta de confiança) bem como outros factores sociais (solidão, isolamento), influenciam a ocorrência de declínio.

No conjunto de determinantes relacionados com o ambiente, a OMS (2002) considera que um ambiente físico amigável pode fazer a diferença, na dependência ou independência, das pessoas mais idosas. Destas, as que residem em ambientes com muitos obstáculos e pouco seguros estarão mais sujeitas a não saírem, a ficarem mais isoladas e deprimidas, a sofrerem uma redução na energia e capacidade física e mais rapidamente apresentarem problemas de mobilidade.

Uma habitação segura e boas relações de vizinhança são essenciais para o bem-estar das pessoas idosas; o local onde se encontram a residir, incluindo a proximidade dos familiares, dos serviços e a possibilidade de transporte, podem diferenciar entre a existência de interacções sociais positivas ou o isolamento.

No âmbito dos determinantes relativos ao ambiente social, o suporte social, a educação mais elevada e a aprendizagem ao longo da vida, a paz e a protecção contra a violência e o abuso, são considerados factores chave para o aumento da saúde, da participação e da segurança dos idosos. Contrariamente, o isolamento social, a solidão, a iliteracia e a falta de educação, o abuso e a exposição a situações de conflito, aumentam grandemente o risco de incapacidade e de morte.

Considera-se na óptica do envelhecimento activo, a necessidade de serem definidas políticas que o favoreçam. Efectivamente, o número cada vez mais elevado de pessoas que atingem idades mais avançadas, justifica que sejam planificados e implementados programas que contribuam para a manutenção nos idosos, durante mais tempo, das suas competências e da saúde/saúde mental. Três áreas de investimento surgem como pilares das políticas promotoras de desenvolvimento activo: participação, saúde e segurança (OMS, 2002).

A visão positiva subjacente ao envelhecimento activo, salienta a importância de perspectivarmos e agirmos nas diferentes sociedades fundados em conhecimentos científicos e baseados na evidência de que é possível envelhecermos mais saudáveis, desfrutando de bem-estar, caso se realizem os investimentos adequados do ponto de vista da promoção da saúde e da prevenção das disfunções e das doenças, quer físicas quer mentais.

A participação quotidiana das pessoas idosas nos diferentes cenários onde se situam, a atenção global mas também específica à saúde, ao longo de toda a vida, mais particularmente no decurso do envelhecimento e a segurança, não só perspectivada no âmbito da redução das ameaças à integridade física mas também do ponto de vista psicoemocional, são fundamentais para que o equilíbrio e a harmonia no desenvolvimento se mantenham quando as pessoas progredem na idade.

1. 1. 2. O envelhecimento bem sucedido

Outras perspectivas sobre o envelhecimento bem sucedido têm sido aprofundadas (Baltes & Baltes, 2003a; Fonseca, 2005a; Paúl & Fonseca, 2005).

Baltes & Baltes (1993b) definiram como critérios de envelhecimento bem sucedido a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência social, o auto controlo e a satisfação de vida.

A par de outros critérios, a saúde mental é referida como critério significativo, colocando-se todavia a pertinência de precisarmos este construto.

Baltes e respectiva equipa em 1993b consideraram a possibilidade de um envelhecimento bem sucedido (ótimo), associando-a a variáveis intrínsecas ao próprio idoso mas também a variáveis do ambiente, que interactuam determinando o melhor ou pior sucesso.

O modelo proposto (Baltes & Baltes, 1993b), assenta na possibilidade de utilização pelo ser humano ao longo da vida de três mecanismos fundamentais: selecção, optimização e compensação. Estes mecanismos possibilitam uma melhor adaptação da pessoa nas diversas fases da vida ao ambiente. Em certas etapas do desenvolvimento verifica-se um predomínio da utilização de algum destes mecanismos, sendo a compensação aquele que é mais utilizado na velhice.

Face a si próprio, numa fase vital em que se evidenciam maiores limitações, quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicossocial, o idoso procura compensar da melhor forma as dificuldades percebidas. Perante novas situações derivadas do processo de envelhecimento biológico mas também psicossocial, e ainda, de acontecimentos de vida não esperados como por exemplo doenças, perdas de figuras significativas, de suporte, mudanças de ambiente e residência entre outros, o idoso procura minimizá-las, superá-las. O recurso a mecanismos compensatórios torna-se mais saliente nestas situações.

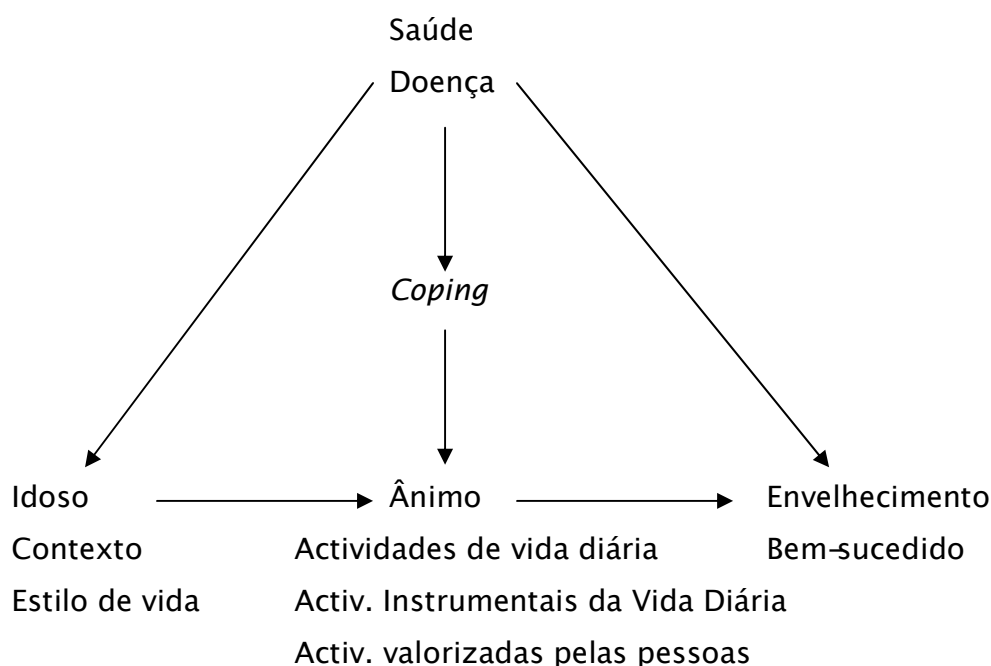
Contudo, em idades mais avançadas - oitenta e cinco e mais anos (Baltes & Baltes, 2003b) - as perdas de potenciais e as limitações que se lhes associam, tornam-se mais acrescidas, justificando-se o aumento do suporte facultado ao idoso por outros significativos e a adequação do ambiente às limitações presentes, procurando-se otimizar os recursos disponíveis com vista à minimização das dificuldades e à reposição do bem-estar.

De acordo com esta perspectiva, as diversidades interindividuais são notórias dado que o processo de envelhecimento é idiossincrático. Tal facto deve-

se à influência de múltiplos factores os quais se correlacionam com a idade cronológica. Questiona-se em que medida e em que grau o fenómeno do envelhecimento é caracterizado por aspectos qualitativamente novos ou apenas envolve mudanças quantitativas nalguns parâmetros, os quais estarão também relacionados com etapas precedentes da vida. Torna-se importante percebermos quanto e de que modo, a partir das histórias de vida pessoais, poderemos prever o fenómeno do envelhecimento. Novas condicionantes colocam-se à pessoa no decurso da velhice. A maior ou menor plasticidade e os limites nas capacidades de reserva daquela para adaptar-se às novas circunstâncias, são aspectos que devem considerar-se. Contrariamente a posições assumidas por estudiosos proeminentes no campo da biologia, Baltes & Mayer (1999), admitem duas faces na plasticidade na idade avançada. Pesquisas realizadas na última década evidenciaram plasticidade na adaptação e a existência de reservas não utilizadas numa variedade de domínios, nas pessoas idosas.

No âmbito do envelhecimento, referencia-se o modelo de relação entre saúde e envelhecimento bem sucedido, proposto por Paúl & Fonseca em 2001:

Figura nº 1. Modelo da relação entre saúde e envelhecimento bem-sucedido



Fonte: Adaptado de Paúl e Fonseca (2001). *Envelhecer em Portugal*, p. 294.

O modelo apresenta uma visão integradora que proporciona uma compreensão da relação existente entre a saúde/doença, a pessoa idosa e os

mecanismos e factores envolvidos na determinação do envelhecimento bem sucedido.

No decurso do processo de envelhecimento são diversas as contingências e circunstâncias que se colocam aos idosos. Quer na óptica do indivíduo, nomeadamente, no que se reporta a factores intrínsecos ao próprio idoso, quer numa óptica colectiva, no que se relaciona com as interacções ocorridas entre a pessoa idosa e aqueles que a rodeiam nos diversos cenários sócio-ecológicos, surgem alterações que actuam como factores determinantes da saúde mental e do bem-estar. Os mesmos estão de forma cada vez mais significativa, a ser alvo de interesse, preocupação e estudo, no país, na Europa e noutros continentes, onde se constata novas necessidades e problemáticas decorrentes do aumento da longevidade. Pretende-se que os anos que se acrescentam à vida sejam melhor vividos e, que, as pessoas idosas possam usufruir das condições que lhes proporcionem bem-estar e promovam o sentimento de que a vida lhes pertence e tem significado.

Segundo Baltes & Baltes (1993b), o processo de envelhecimento não é uniforme. Existem largas margens de variabilidade e modificação e também para a prevenção e optimização.

O envelhecimento envolve não apenas o decréscimo de recursos mas também ganhos, como por exemplo o aumento da experiência de vida, e, em alguns idosos, permite o atingir de virtudes e competências próprias, concebidas como sabedoria.

No que se reporta aos ganhos e às perdas, podemos afirmar que não ocorrem de forma fortuita. Os idosos tentam continuamente otimizar o balanço entre as mudanças positivas e negativas através de esforços preventivos, correctivos, compensatórios. No entanto, se as perdas e os constrangimentos perduram e se agravam, tendem a ser geradores de níveis superiores de stresse.

Atingir a velhice significa que foi possível sobreviver e adaptar-se, com mais ou menos saúde mental e conseqüente maior ou menor bem-estar, a desafios específicos de outras fases da vida. O processo de envelhecimento traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares (Menninger, 1999).

1. 1. 3. Saúde mental

Ao longo da história foi marcada a tendência para conceptualizar a saúde mental, fundamentalmente, numa perspectiva psicopatológica (Ribeiro, 2000). A partir da década de setenta, esta tendência tem sido alterada evidenciando-se a importância de serem incorporadas na avaliação da saúde mental, vertentes mais positivas.

Com o decorrer dos anos, constataram-se algumas dificuldades de consensualização relativamente aos critérios e instrumentos para avaliar a saúde mental. Numa análise retrospectiva evidencia-se a heterogeneidade das medidas utilizadas por diferentes autores, desde as mais amplas que contemplaram um leque alargado de critérios e dimensões, às mais estreitas que, provavelmente, não reflectiram todas as dimensões subjacentes ao construto em apreço.

Um vasto conjunto de instrumentos incluía as que detectavam sintomas, desde os psicossomáticos aos físicos, avaliavam o estado funcional, outros problemas de saúde, a par de construtos psicológicos como a ansiedade e a depressão (Ribeiro, 2000). A partir dos anos setenta, a medição da saúde mental, passou a focar, preferencialmente, estes últimos construtos, que, em geral, eram a evidência expressa de *distress* psicológico.

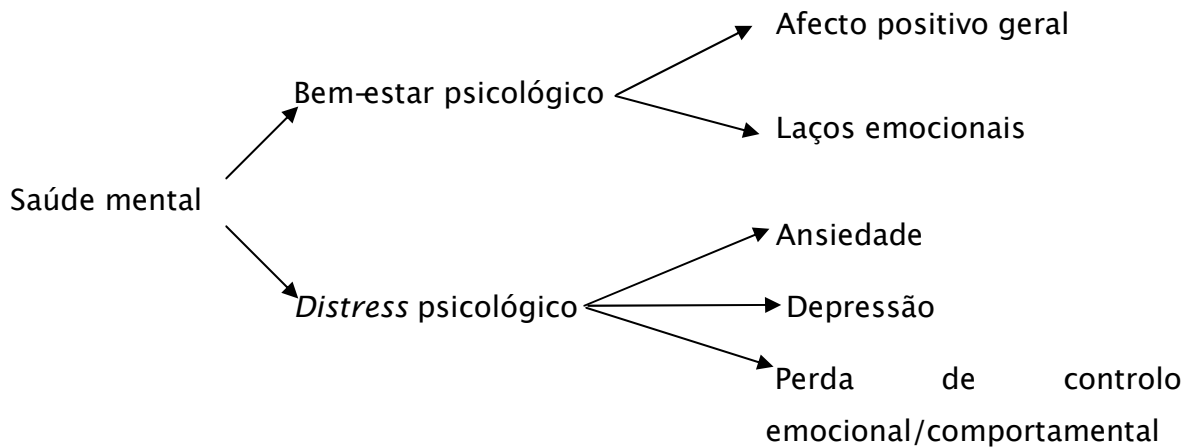
O *distress* associa-se habitualmente à frustração e conflito e é acompanhado frequentemente por sentimentos de desânimo, abandono, e, quando prolongado, pode suscitar depressão do sistema imunitário aumentando o risco de infecção.

Sem dúvida que os critérios plausíveis de serem considerados nas avaliações relativas à saúde mental são variados. Refira-se de acordo com Kasl & Rosenfield, (1980):

- Os índices baseados no tratamento;
- Sinais e sintomas psiquiátricos – índices de incapacidade ou diagnóstico de caso psiquiátrico;
- Indicadores de humor e de afectos, de bem-estar ou de *distress*, indicadores de satisfação;
- Índices de efectividade funcional e de desempenho e papel;
- Índices derivados de noções de saúde mental positiva (desenvolvimento, auto actualização, *coping* adequado).

Em 1983, Veit & Ware propuseram que se avaliasse a saúde mental de acordo com a estrutura seguidamente apresentada:

Figura nº 2. Estrutura para a saúde mental proposta no *Mental Health Inventory*



Fonte: Adaptado de Veit & Ware (1983), *The structure of psychological distress and well-being in general population*, p. 740.

A estrutura proposta, engloba uma dimensão positiva, de bem-estar psicológico e outra negativa, de *distress* psicológico. Ambas são consideradas relevantes na avaliação do construto em apreço, o que permite uma avaliação mais ampla da saúde mental. Outras conceptualizações relativas à mesma têm sido formuladas. Para Milheiro, a saúde mental pode entender-se como *a capacidade do ser humano se situar fluentemente em três vertentes: na relação consigo próprio, na relação com os outros e na relação com a vida... trata-se de um sentimento de bem-estar centrado numa harmonia interior* (Milheiro, 2001, p.301). O bem-estar emerge como expressão da harmonia do funcionamento do sujeito.

Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen (1999) referem-se à saúde mental como uma componente essencial da saúde em geral. Consideram-na como resultante de vários factores predisponentes (e. g. experiências da infância), de factores precipitantes (e. g. acontecimentos de vida stressantes), do contexto social e dos recursos (e. g. auto-estima) e das experiências individuais. Descrevem a saúde mental 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. Para os autores a saúde mental é determinada por quatro influências principais: factores e experiências individuais, interacções sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais. A doença mental (saúde mental 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.

Muita doença mental é experimentada como parte da vida quotidiana normal, e não é, usualmente, apresentada para tratamento ou registada através de estudos epidemiológicos. Estes problemas da saúde mental diários estão correlacionados com *distress* pessoal e podem apresentar-se temporariamente como falta de motivação, dificuldades de concentração e aborrecimento.

Figura nº 3. Dimensões conceptuais da saúde mental



Fonte: Adaptado de Lahtinen et al. (1999). *Framework for promoting mental health*, p.30.

Num projecto europeu que teve como objectivo principal a definição de indicadores para medir a saúde mental, Korkeila (2000) propôs também um conceito de saúde mental que incorpora duas dimensões: uma positiva e outra negativa. De acordo com a autora, as pessoas com saúde mental positiva demonstram usualmente afecto positivo e traços positivos de personalidade, que são considerados como recursos pessoais. A saúde mental negativa reporta-se às desordens mentais, sintomas e problemas.

Para Lahtinen et al. (1999), as desordens mentais são definidas pela existência de sintomas (exceptuam-se as desordens psico-orgânicas e as resultantes do abuso de substâncias. Se esses sintomas (e.g. alterações do humor e da percepção, alterações dos processos de pensamento e da cognição e dependência) são de suficiente severidade, aquelas são consideradas desordens clínicas (e. g. depressão, esquizofrenia e desordens da personalidade). Um estado é chamado desordem quando os sintomas são duradouros, ultrapassam o controlo da pessoa que não consegue aliviá-los desviando a atenção para outra coisa, ultrapassam em proporção as possíveis causas externas e reduzem a habilidade funcional.

Os sintomas mentais existem antes dos critérios para as desordens clínicas estarem estabelecidos, como por exemplo nos estados moderados de depressão, ansiedade ou fadiga. Estes sintomas chamados frequentemente subclínicos, podem causar sofrimento e marcada redução da produtividade. Qualquer sintoma é na opinião de Lahtinen et al. (1999), consequência do *distress* pessoal persistente ou temporário.

A OMS considera que a saúde mental é crucial para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países, definindo-a como (...) *a state of well being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully and is able to make a contribution to his or her community (WHO, 2001, p.1).*

No relatório do estudo efectuado com a participação da OMS, da Comissão Europeia e de vários países europeus, em 2004, sobre “O Estado da Saúde Mental na União Europeia”, a mesma é concebida como uma parte indivisível da saúde geral que reflecte a interacção do indivíduo com o ambiente. Considera-se no mesmo relatório, que na avaliação da saúde mental, devem ser contempladas vertentes relacionadas com o bem-estar psicológico e com a capacidade das pessoas para lidarem com a adversidade.

Num âmbito mais específico, Heikkinen reporta-se à saúde mental das pessoas idosas afirmando:

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 (Heikkinen, 2004, resumo de comunicação - WHO - European Ministerial Conference. Facing the Challenges, Building Solutions).

Apesar do stress a que os idosos estão sujeitos, aceita-se que nas fases mais tardias do desenvolvimento humano, existem recursos intrínsecos à pessoa, quer do ponto de vista intelectual quer emocional, que lhe permitem lidar com as circunstâncias e acontecimentos de vida, mais ou menos stressantes, com que são confrontados (Albrecht & Devlieger, 1999; Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987; Lazarus & DeLongis, 1983; Rothermund & Brandtstädter, 2003a).

Os diversos construtos de saúde mental, salientam o bem-estar enquanto dimensão positiva que deve ser considerada na avaliação daquela. Detenhamo-nos então um pouco sobre este conceito e sobre alguns factores que o influenciam.

De acordo com Novo (2003) as perspectivas mais positivas e abrangentes têm frequentemente considerado o bem-estar psicológico como dimensão fundamental da saúde mental.

A autora refere que as perspectivas actuais sobre o bem-estar se organizam em torno de dois modelos: o de bem-estar subjectivo (SWB) e o de bem-estar psicológico, reportando-se a este último como *uma qualidade de funcionamento que não se constrói por referência ao próprio, mas por referência aos outros e ao mundo, em que a própria descoberta só acontece na relação intersubjectiva (Novo, 2003, p. 15).*

O bem-estar psicológico tem como dimensões subjacentes a congruência entre aspirações e as realizações, o afecto (positivo e negativo) e ainda possivelmente, a felicidade (Lawton, Kleben & diCarlo, 1984, cit. por Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005). Estas diferentes componentes do bem-estar têm sido alvo de múltiplos estudos nomeadamente de saúde mental, psicologia social e gerontologia (Novo, 2003).

O conceito de bem-estar subjectivo tem sido abordado num vasto número de estudos gerontológicos podendo ser considerado um dos mais potentes

indicadores de funcionamento psicológico positivo na literatura sobre idosos (Schmitt & Juchtern, 2001).

Existem várias razões para o vasto interesse no bem-estar (Schmitt & Juchtern, 2001):

1^a. O funcionamento psicológico positivo nas idades precoces parece explicar o envelhecimento bem sucedido nas idades tardias;

2^a. Existe muito suporte para podermos afirmar que, para além de variáveis objectivas como por exemplo, rendimentos ou ausência de doença, a avaliação própria sobre o bem-estar pessoal, determina o desenvolvimento de resultados subsequentes. De um ponto de vista da política pública, ambas as variáveis objectivas e a avaliação subjectiva das mesmas, medidas pelo bem-estar psicológico, devem ser alvo de intervenções para manter a vida independente e a saúde.

Em 1984, Diener definiu o SWB considerando-o um estado constituído por uma componente afectiva e pela satisfação de vida, definida como um julgamento cognitivo avaliativo global da própria vida, que pode ser influenciado pelo afecto, mas, não sendo ele mesmo, uma medida da emoção. Segundo Diener, Suh, Lucas & Smith (1999), o SWB compreende níveis de afecto satisfatório de longo termo, a ausência de níveis de afecto insatisfatório e a satisfação de vida. A medição de situações como depressão e ansiedade, proporciona um quadro incompleto de bem-estar sendo imperativo medir a satisfação de vida e as emoções positivas. A avaliação individual de bem-estar é determinada pelo estado afectivo presente e pela avaliação cognitiva da vida.

O desenvolvimento ocorrido ao longo da vida, os desafios colocados com o aumento dos anos vividos, as estratégias mais ou menos bem sucedidas de adaptação ao fluir dos anos e os aspectos preventivos de favorecimento do bem-estar e diminuição do sofrimento (Silva, 2005) deverão também ser considerados, dado que a integração destas dimensões na análise, permite que seja obtida uma visão mais completa e holística relativamente à pessoa que envelhece e perspectiva a possibilidade de actuações preventivas e promotoras de um envelhecimento bem sucedido e saudável. Mesmo relativamente aos muito idosos (80 e mais anos), deverá admitir-se que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva (Paúl, 2007). O optimismo e as emoções positivas acerca da própria pessoa, dos outros e do mundo, apresentam-se como aspectos críticos da longevidade e da qualidade de vida na idade avançada.

1. 1. 4. Perturbações da saúde mental nas pessoas idosas

Em Portugal, em 2007, existiam cerca de 1.829.000 pessoas com sessenta e cinco e mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2007). De acordo com o Relatório final do grupo de trabalho sobre saúde mental no envelhecimento e pessoas idosas (2005) estimava-se que cerca de sessenta mil sofriam de demência e mais de cem mil de depressão. Na RAM as pessoas idosas também são um grupo populacional em que estas patologias se manifestam.

Perante estes cenários os serviços de saúde deverão preparar-se para responder ao aumento rápido de situações de dependência física e psíquica dos mais velhos, geralmente associadas a carências de toda a ordem, que suscitam a sua reforma. É imprescindível admitir o desafio que implica enfrentar uma mudança de atitudes face ao envelhecimento e à saúde mental.

O crescimento da população idosa acarretou, sem dúvida, um acréscimo nos problemas de saúde relacionados com a idade, incluindo um risco aumentado de demência e de doenças crónicas bem como uma diminuição geral no bem-estar mental e na qualidade de vida. (OMS, 2004a; 2004b; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006).

A depressão é uma das perturbações que mais frequentemente surge associada ao envelhecimento e cujos custos são elevados. Segundo a OMS (2004a; 2004b), ela é a maior causa de suicídio nas pessoas idosas, afectando sobremaneira as que têm mais de setenta e cinco anos. É também referido por esta organização que, os custos com cuidados de saúde proporcionados às pessoas idosas deprimidas são 50% mais elevados do que os facultados às não deprimidas.

Apesar das perturbações depressivas serem relativamente comuns nas pessoas idosas (Lenze et al., 2001) são, não raras vezes, insuficientemente reconhecidas nas comunidades, inclusivamente pelos próprios profissionais de saúde. Segundo Cole & Dendukuri (2003), apenas 20% dos casos de depressão são detectados e tratados. Sabe-se que o reconhecimento antecipado das perturbações depressivas nas pessoas idosas permite que estas afixem do tratamento apropriado, evitando-se sofrimento acrescido e complicações mais nefastas para o próprio e para os que o rodeiam e estimam.

Existem estudos que permitem estimar que, cerca de oito mil milhões de cidadãos europeus com sessenta e cinco anos e mais anos sofrem de formas potencialmente tratáveis de depressão (Copeland, 1999). Todavia, por variadas

razões a depressão nos idosos não parece ser usualmente reconhecida como uma doença tratável (Copeland, 1999). Os sintomas depressivos são confundidos com manifestações de comorbidade somática relacionada com a idade, limitações sensoriais e falta de orientação.

A prevalência da depressão sob todas as suas formas, as mais e as menos severas, é variável. O relatório da Comissão Europeia (2004a) sobre “O Estado da Saúde Mental na União Europeia” refere que nos estudos realizados há uma vasta concordância de que a depressão *major* aparece como uma doença relativamente rara entre os idosos. A maioria dos estudos registam prevalências abaixo dos 5%, ainda que alguns rastreios realizados nos países nórdicos assinalem prevalências significativamente mais elevadas.

Alguns factores parecem contribuir para explicar o facto da prevalência da depressão ser subestimada. No supracitado relatório assinalam-se os factores metodológicos e de confusão que se seguem:

1. Muitos estudos excluem os idosos institucionalizados, o que influencia nos resultados, especialmente nos mais idosos, onde a institucionalização é bastante mais frequente.
2. Com o aumento da demência, um diagnóstico primário da mesma exclui o diagnóstico de depressão na maioria dos critérios aplicados.
3. A depressão atípica é mais comum entre os idosos do que nos grupos mais jovens. Os estudos epidemiológicos mais recentes consideraram apenas critérios específicos enquanto os casos atípicos não foram diagnosticados como depressão.
4. A mortalidade aumenta com a depressão. Ainda que a prevalência desta perturbação aumente com a idade, a mortalidade elevada provoca um decréscimo na prevalência.

Segundo Alexopoulos (2005), a depressão da idade tardia é referente aos síndromes depressivos definidos na DSM-IV e na CID 10, que aparecem nos adultos com mais de sessenta e cinco anos. Frequentemente afectam pessoas com doenças médicas crónicas, limitações cognitivas e disfunções. O sofrimento pessoal e a disrupção familiar associados à depressão pioram as consequências de muitas doenças médicas e a incapacidade é promovida.

Certos autores afirmam que:

As prevalências encontradas para as situações de morbilidade psiquiátrica nos idosos variam consideravelmente de acordo com os critérios adoptados na definição de casos e da amostra em estudo, com os instrumentos e os

investigadores bem como com a exclusão ou não de certas doenças (Wernicke, Linden, Gilberg e Helmchen, 2000, p. 111).

Relativamente à depressão, o diagnóstico nos estudos epidemiológicos é muito frequentemente baseado em critérios estritos que podem subestimar a prevalência da mesma, para o que também contribui o facto, de muitos indivíduos que sofrem de depressão clínica relevante não preencherem os critérios diagnósticos definidos. Este aspecto torna-se particularmente importante nos idosos, nos quais as manifestações desta doença são frequentemente atípicas (Skoog, 2004; Costa, 2005). O uso de drogas psicotrópicas pelos idosos pode igualmente suscitar que os sintomas depressivos considerados nos critérios diagnósticos não sejam identificados. Por outro lado, se os sintomas depressivos forem falsamente considerados manifestações de doenças físicas ou devidos à idade avançada, a identificação da depressão pode ser subestimada (Skoog, 2004).

De acordo com a DSM-IV, a depressão *major* aparece como um diagnóstico exclusivo, válido para vários tipos de pesquisa biomédica, revelando exemplos inequívocos de doença (Copeland, 1999).

Mais recentemente, constatou-se a importância do conceito de depressão subsindrómica para identificar os casos não coincidentes com os critérios da DSM-IV, mas que requerem tratamento (Copeland, 1999).

Condições abaixo do limiar de depressão ou depressão *minor* são particularmente importantes devido à prevalência, significado clínico e custos inerentes a estas desordens (Pincus, Davis & Mcqueen, 1999). Estes custos decorrem não apenas do número de pessoas afectadas com síndromes depressivos mas também do grau de morbilidade e limitação funcional que habitualmente os acompanham. Os indivíduos que não reúnem os critérios para depressão *major* apresentam registos de utilização dos serviços e custos com cuidados médicos elevados.

A detecção de formas *minor* de depressão providencia uma oportunidade para identificar os indivíduos potencialmente em risco para formas de depressão mais severas e, para o desenvolvimento de estratégias preventivas, entre as quais a de existirem interlocutores que contribuam para evitar situações mais extensivas de morbilidade (Pincus, Davis & Mcqueen, 1999). Apesar de não reunirem os critérios diagnósticos para depressão *major* a identificação de pessoas com sintomas e síndromes depressivos (*subthreshold*) na comunidade

deve considerar-se um importante problema de saúde pública (Judd & Akiskal, 2001; Wernicke et al., 2000).

Beekman, Copeland & Prince (1999), após realizarem uma meta-análise dos estudos efectuados para determinar a prevalência de depressão tardia na comunidade (adultos com cinquenta e cinco e mais anos), referiram existir uma enorme variação nas prevalências encontradas: de 0,4% para a depressão *major* no Japão a 35,0% em Hong Kong, quando considerados todas as síndromes depressivas. Segundo os mesmos, a variação encontrada pode ser atribuída à grande diversidade metodológica existente entre os diferentes estudos. Agrupando os resultados dos mesmos de acordo com os critérios utilizados na definição dos casos, a depressão *major*, diagnosticada rigorosamente de acordo com os critérios da DSM-IV, aparece como doença relativamente rara entre os idosos, com uma prevalência média de 1,8%, enquanto que a depressão *minor* surge com uma prevalência média de 10,2%. Considerando todas as síndromes depressivas clinicamente relevantes, a prevalência média situa-se nos 13,3%.

Na Europa, desde a década de noventa tem havido um esforço de colaboração (*European Consortium*) visando a agregação de dados, que tem permitido uma análise epidemiológica mais extensa e a determinação da prevalência da depressão, na população idosa de vários países europeus (Blazer, 1999). Para o autor, os resultados do *Eurodep* confirmam que a sobrecarga (*burden*) decorrente da depressão nos idosos é elevada, ainda que, a frequência da depressão *major*, conforme operacionalizada na DSM III (1980), não seja tão elevada entre os idosos residentes na comunidade como entre os jovens e os adultos de meia idade.

A depressão apresentou-se com distribuição geográfica distinta nos diferentes países que participaram no *Eurodep* (Copeland et al., 1999). Determinaram-se variações nas prevalências: desde 8,8% na Islândia até 23,6% em Munique. No conjunto dos países, as mulheres deprimidas predominaram relativamente aos homens.

Numa meta-análise efectuada a uma amostra composta por 13808 idosos europeus (com idade ≥ 65 anos), foi determinada uma prevalência total para a depressão de 12,3% e prevalências de 14,1% para o género feminino e de 8,6% para o masculino (Copeland et al., 1999). Não foi verificada associação significativa entre a prevalência da depressão e a idade. Porém, Rothermund & Brandtstädter (2003b) após terem efectuado um estudo a uma amostra de pessoas com idades entre os cinquenta e quatro e os setenta e sete anos

concluíram que existe uma certa estabilidade nas tendências depressivas até aos setenta anos e um subsequente aumento nestas, após esta idade. Face aos resultados apresentados torna-se difícil concluir sobre o efectivo aumento das prevalências de depressão paralelamente ao acréscimo da idade.

Em Portugal muitos dos estudos realizados para determinação da depressão nos idosos têm sido efectuados em contextos institucionais (Barreto, 1984; Cordeiro e Gonçalves, 1979; Fragoeiro, 1998; Fernandes, 2002; Lopes, 1988; Vaz-Serra, 1977). Nos mesmos, determinaram-se valores percentuais de depressão entre os 25 e os 72,7%. Nos contextos institucionais os idosos parecem mais propensos a sofrerem este tipo de perturbações apesar de Paúl (1993) e Costa (2005), após realizarem estudos à população portuguesa, em contexto institucional e na comunidade, terem encontrado resultados diferentes. No estudo realizado, Paúl não encontrou diferenças significativas entre o grupo de idosos residentes na comunidade e o dos lares. Costa (2005) procurou esclarecer alguns dos factores que contribuía para um deficiente diagnóstico da depressão geriátrica. Concluiu que esta é uma perturbação extremamente prevalente, afirmando que a maioria da população idosa estudada estava deprimida (54,6% na institucionalizada e 62,9% na residente na comunidade). Considerou que a maioria dos idosos apresentava critérios para diagnóstico de depressão *minor*, constituindo a detecção da mesma, um problema maior de Saúde Pública. Botelho (2000), num estudo realizado a 163 idosos residentes na comunidade em Lisboa, concluiu que 68% dos mesmos não se encontravam deprimidos.

Na avaliação da saúde mental resultante do ESEMeD (Estudo Europeu sobre a Epidemiologia das Desordens Mentais/ Disfunções da Saúde Mental: uma apreciação no ano 2000), concluiu-se que, a população idosa com 65 e mais anos, dos países que participaram no estudo, apresentava pontuações mais elevadas, reveladoras de melhor saúde mental, do que a população adulta com vinte e cinco a sessenta e quatro anos, exceptuando na Itália, único país onde esta pontuação foi inferior. No mesmo estudo determinou-se que em alguns países incluindo Portugal, o risco relativo de *distress* psicológico nos idosos com 65 e mais anos comparativamente aos adultos (26 a 64 anos) era superior (Portugal OR=2,46). Num estudo efectuado à população idosa inglesa com sessenta e cinco e mais anos Paúl et al. (2006), encontrou uma prevalência de *distress* psicológico de 20,0%.

Relativamente à ansiedade estimaram-se prevalências de 20% para os idosos que apresentavam sintomas clinicamente relevantes (ESEMeD, 2000). A prevalência ao longo da vida para qualquer desordem de ansiedade variava desde os 8,7% na Alemanha e os 15,9% na França. Todavia, a maioria dos países apresentava baixo nível para as desordens de ansiedade nos idosos com 65 e mais anos excepto nalguns países do sul da Europa, nomeadamente, Espanha (OR=0,79 e Itália (OR=0,76) onde, no entanto, o risco não era significativo.

Variações nos Índices Demográficos:

A associação entre a idade e a depressão tem recebido considerável atenção, ainda que alguns estudos tenham encontrado resultados divergentes. Os critérios e os níveis adoptados na definição dos casos aparecem como decisivos nos resultados. Por exemplo, Beekman, Copeland & Prince (1999) referem que, quando considerados os sintomas depressivos, os idosos têm na maioria níveis inferiores ou iguais aos dos jovens adultos. No entanto Osborn et al. (2003) mencionam na sequência de um estudo efectuado a uma amostra de 14217 idosos com setenta e cinco e mais anos que, após análise ajustada para a idade e sexo, os OR associados com a depressão foram superiores nas pessoas com idade superior (75-79 anos OR=1,0; 80-84 anos OR= 1,18; 85-90 anos OR= 1,60; ≥ 90 OR= 1,82), verificando-se uma associação entre o aumento da idade e o risco superior para a depressão. Por outro lado, nos seis países envolvidos no ESEMeD, as pessoas idosas (sessenta e cinco e mais anos) aparentavam ter um risco menor para as desordens do humor.

No âmbito do *Eurodep*, um grupo de investigadores (Prince et al., 1999b) procurou analisar o efeito da idade, do género e do estado marital nos sintomas depressivos identificados. A amostra de idosos foi constituída por 21724 sujeitos com idade superior ou igual a sessenta e cinco anos. Nos catorze centros europeus que participaram na pesquisa, os resultados obtidos evidenciaram que a depressão tendia a aumentar com a idade e que as mulheres apresentavam pontuações mais elevadas do que os homens. As pessoas idosas viúvas e separadas surgiram também com pontuações mais elevadas do que as que se encontravam noutras circunstâncias relativamente ao estado civil. Os homens casados (Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1998) pareciam estar mais protegidos que as mulheres em circunstâncias idênticas, relativamente à depressão.

As diferenças relativas ao género no que diz respeito aos sintomas e síndromes depressivos encontram-se entre os mais robustos achados da epidemiologia psiquiátrica (Prince et al., 1999b). Os autores verificaram existir um excesso de sintomas depressivos entre as mulheres em dez dos catorze centros que participaram no *Eurodep*, não se constatando uma tendência para as diferenças de género se atenuarem com o aumento da idade, no período compreendido entre os sessenta e cinco e os noventa anos. Tornou-se evidente que as diferenças de género são modificadas pelo estado civil do sujeito, sendo menores nos idosos que nunca casaram comparativamente àqueles que estavam noutra estado civil: casados, viúvos ou divorciados. A interacção entre o género e o estado civil não apresentou variação estatisticamente significativa entre os centros.

A qualidade dos casamentos das pessoas idosas pode ser um factor importante no risco de aparecimento de depressão. De igual modo, existem factores externos que, dependendo da extensão com que afectam o marido ou a mulher assim como os homens ou mulheres sós, explicam parte da interacção entre o género e o estado civil (Prince et al., 1999b). Um destes factores pode ser a integração social e as actividades dos homens ou mulheres sozinhos. Outra área importante a investigar é a relativa à saúde dos parceiros conjugais. É possível que as mulheres casadas acarretem mais frequentemente do que os homens, com a sobrecarga dos cuidados.

1. 2. Determinantes da saúde mental

Os determinantes da saúde (OMS, 2004a) são os factores que podem favorecer ou ameaçar o estado de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade. Podem ser matéria de escolha individual como, por exemplo, fumar tabaco ou não, podem também relacionar-se com características ambientais, económicas ou sociais, para além do controlo individual. Como exemplos incluem-se: a classe social, o género, a etnia, o acesso à educação, a qualidade da habitação, a presença de relações de suporte e 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 factores de risco estão, por seu turno, associados ao aumento da probabilidade de aparecimento, maior gravidade e duração mais longa dos problemas de saúde

mental. Os factores de protecção são as condições que aumentam a resistência das pessoas aos factores de risco e às desordens. Muitas vezes, é a concomitância de um conjunto de factores de risco e dos seus efeitos e a ausência de factores protectores, bem como a inter relação de ambos, que predis põem a pessoa para desenvolver problemas de saúde mental ou, contrariamente, para se manter mentalmente saudável.

A OMS em 2004, salienta alguns determinantes da saúde mental, relacionados com as macro estruturas sociais. No quadro seguinte são apresentados alguns dos mesmos.

Quadro nº 1. Determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde mental

Factores de risco	Factores de protecção
Acesso a drogas e a álcool	Deter poder (<i>empowerment</i>)
Desalojamento, deslocação	Integração de minorias étnicas
Isolamento e alienação	Relações pessoais positivas
Falta de educação, transporte, habitação	Participação social
Desorganização na vizinhança	Responsabilidade social e tolerância
Rejeição pelos pares	Serviços sociais
Circunstâncias sociais pobres	Rede comunitária e suporte social
Nutrição pobre	
Pobreza	
Injustiça racial e discriminação	
Desvantagem social	
Urbanização	
Violência e delinquência	
Guerra	
Stresse no trabalho	
Desemprego	

Fonte: OMS (2004). *Prevention of mental disorders*, p.21.

Certos factores de risco foram directamente relacionados com o indivíduo e com as famílias tendo natureza diversa: biológica, emocional/ comportamental, interpessoal e relativa ao próprio contexto familiar. Em relação às pessoas idosas doentes fisicamente, um conjunto de factores de risco e problemas subsequentes emergem. São exemplos as insónias crónicas, os problemas com o álcool, o abuso, as perdas pessoais e a viuvez.

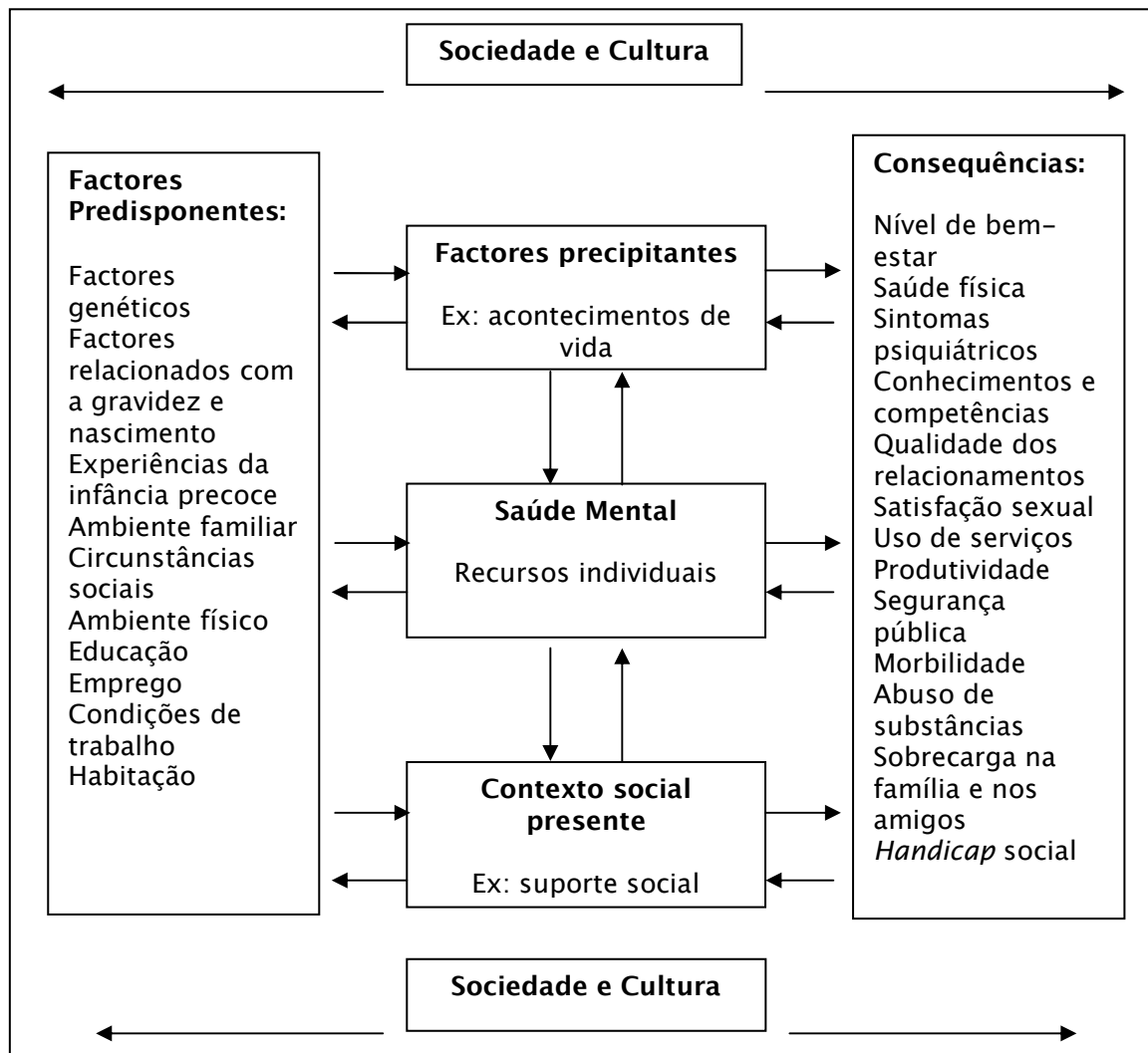
Quadro nº 2. Factores de risco e de protecção pessoais para as desordens mentais

Factores de risco	Factores de protecção
Falhanço académico e desmoralização escolar	Habilidade para lidar com o stresse
Défices de atenção	Habilidade para fazer face às adversidades
Cuidar de doentes crónicos ou dementes	Adaptabilidade
Abuso infantil e negligência	Autonomia
Insónia crónica	Estimulação cognitiva precoce
Dor crónica	Exercício
Desvio da comunicação	Sentimento de segurança
Gravidez precoce	Sentimentos de poder e controlo
Abuso de idosos	Boa parentalidade (<i>Good Parenting</i>)
Imaturidade emocional e descontrolo	Literacia
Uso excessivo de substâncias	Vinculação positiva e ligação precoce
Exposição a agressões, violência e trauma	Interacção positiva criança-pais
Conflito e desorganização familiar	Comportamento pro-social
Solidão	Auto-estima
Baixo peso à nascença	Competências para a vida
Classe social baixa	Competências para gerir conflitos e competências sociais
Doença médica	Desenvolvimento sócio-emocional
Desequilíbrio neuroquímico	Gestão do stresse
Doença mental parental	Suporte social da família e dos amigos
Abuso de substâncias parental	
Complicações perinatais	
Perda pessoal/viuvez	
Hábitos e competências de trabalho pobres	
Dificuldades de leitura	
Insuficiências sensoriais e desvantagens orgânicas	
Incompetência social	
Eventos de vida stressantes	
Uso de substâncias durante a gravidez	

Fonte: Adaptado de OMS (2004). *Prevention of mental disorders*, p. 23

Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen (1999) propuseram um modelo funcional para a saúde mental, o qual foi adoptado pela Comissão Europeia para integrar o “*Minimum data set of European mental health indicators*”(Figura nº 4.). Em 2003, Korkeila e colaboradores salientaram também o interesse deste modelo.

Figura nº 4. Modelo funcional da saúde mental: Determinantes



Fonte: Adaptado de Lahtinen et al. (1999). *Framework for promoting mental health*, p. 31

De acordo com o mesmo, a sociedade e a cultura influenciam e condicionam os diferentes factores e as consequências relacionadas com a situação de saúde mental. Entre os factores contemplados existem relações bilaterais, constatando-se claramente a centralidade da saúde mental no modelo proposto. A variação e mudança são constantes no decurso do processo de envelhecimento pelo que, a adaptabilidade da pessoa às novas circunstâncias se torna indispensável, tanto nesta como em todas as outras etapas do ciclo de vida.

Outra perspectiva que tem sido largamente focalizada é a da vulnerabilidade ao stresse, numa lógica em que se admite que a mesma afecta o risco de perturbação mental. De acordo com Ormel e Jong, *muito temos que aprender sobre a sua natureza, origens e plasticidade, sobre as determinantes das mudanças que sofre com o tempo e sobre os mecanismos distais e proximais através dos quais ela afecta o risco de doença* (Ormel e Jong, 2001, p.59).

Por vulnerabilidade, estes autores designam o contínuo completo desde a alta vulnerabilidade à alta flexibilidade. A vulnerabilidade surge associada à noção de agentes de stresse (acontecimentos de vida negativos, inesperados), os quais podem ter efeitos deletérios, patogénicos em pessoas vulneráveis (Goldberg & Huxley, 1996). Factores de vulnerabilidade são características psicológicas e sociais que acentuam fortemente os factores de stresse e tornam certas pessoas mais susceptíveis que outras de sofrerem episódios de perturbação mental.

No que concerne aos idosos, a vulnerabilidade acrescida para a perturbação psicológica, deve ser analisada à luz dos variados factores pessoais e ambientais, que podem ser percebidos como factores de stresse. O decréscimo ao nível das capacidades funcionais, as perdas, a diminuição de capacidades económicas, as mudanças de residência, de meio (rural vs urbano) e os estilos de vida funcionam como factores que alteram, aumentando ou diminuindo, a vulnerabilidade individual.

Por outro lado, segundo Goldberg & Huxley (1996), a resiliência relaciona-se com os factores que diminuem a vulnerabilidade da pessoa ou que a tornam resiliente face há adversidade.

Rutter (1985) refere que, a resiliência se caracteriza por algum tipo de acção com um objectivo determinado e por alguma forma envolvida de *coping*: um sentido de auto-estima e de auto-confiança; uma capacidade para lidar com a mudança e de adaptação e um repertório de abordagens de resolução de problemas sociais.

Os factores que protegem a pessoa dos episódios de perturbação não são necessariamente opostos aos factores que contribuem para a vulnerabilidade. Podem também existir factores completamente diferentes que reforçam a capacidade daquela para resistir aos efeitos dos agentes provocadores.

Para Brandtstädter (1999), a resiliência e a flexibilidade adaptativa parecem existir nos idosos. Coleman (1990) refere, também, a particular resiliência das pessoas idosas face à morte.

Um entendimento mais adequado dos factores associados ao aparecimento das perturbações mentais nas pessoas idosas tem sido procurado ao longo dos anos por vários pesquisadores, em múltiplos países. Um mais vasto e profundo conhecimento dos muitos factores de risco que, de algum modo, se relacionam com o aparecimento de *distress*, depressão e/ou ansiedade nos mais idosos tem sido obtido em resultado dos diversos trabalhos de investigação. Os avanços no conhecimento científico revelam-se fundamentais para a planificação de respostas mais ajustadas às necessidades identificadas nas pessoas idosas e, permitem que sejam previstas e providenciadas intervenções que evitem as perturbações, reponham a saúde e minimizem as consequências mais nefastas das doenças nas pessoas que envelhecem, decorrentes do desconhecimento dos factores de risco e do modo como os mesmos interferem na saúde/doença mental.

Há efectivamente uma grande variação no modo como as pessoas se adaptam ao envelhecimento (Baltes & Baltes, 1993a; Baltes & Freund, 1998; Coleman, 1990, Fonseca, 2005b; 2005c) e às mudanças que no decurso deste, inevitavelmente ocorrem, devendo considerar-se que as pessoas idosas reagem diferentemente aos diversos acontecimentos que as desencadeiam, percepcionando-as de forma própria e atribuindo-lhes mais ou menos importância, independentemente do valor que os mesmos pareçam ter para quem é observador (Coleman, 1990). Admite-se que as pessoas idosas possuem mecanismos adaptativos que lhes permitem envelhecer saudáveis e lutar contra o desequilíbrio e o *distress*.

Entre os acontecimentos de vida mais habituais e stressantes nas pessoas idosas, de acordo com Heikkinen (2004) as perdas são esperadas e têm natureza diversificada: do cônjuge, de amigos, de suporte social, de saúde, no próprio e nos familiares, a co-morbilidade, o decréscimo da capacidade funcional, os problemas de memória, as perdas financeiras e a perda da dimensão do futuro.

Atendendo às perdas potenciais, o bem-estar nos idosos pode ser influenciado pela diminuição da capacidade cognitiva e por alterações a nível afectivo, e, não seria surpreendente esperar que a velhice esteja associada a menor bem-estar do que as restantes etapas da vida. Todavia, o bem-estar não necessita de diminuir com a idade e, alguns estudos mostraram inclusivamente que os idosos possuem níveis mais elevados de bem-estar que os adultos jovens.

Segundo Pinquart & Sorensen (2000), o bem-estar subjectivo pode ser definido como uma avaliação positiva da própria vida associada a sentimentos

positivos. Existem várias formas de o medir nos idosos como, por exemplo, medindo a satisfação de vida, a auto-estima e a felicidade. Enquanto a auto-estima tende a ser uma avaliação cognitiva do eu, a satisfação de vida uma avaliação cognitiva da própria situação de vida, a felicidade geralmente representa a componente emocional.

No que aos mais idosos diz respeito, o bem-estar deve ser concebido como uma vertente intrínseca à própria pessoa mas também enquanto expressão da sua relação com o ambiente em que vivem.

Procurando medir a existência de diferenças significativas relativas ao género no bem-estar subjectivo, Pinquart & Sorensen (2001) realizaram uma meta-análise a trezentos estudos que analisavam as referidas diferenças na satisfação de vida, felicidade, auto estima, solidão, saúde subjectiva e idade subjectiva em idosos. Seria de esperar que as mulheres, devido ao mais elevado risco de enviuvarem, tivessem mais problemas de saúde e necessitassem de mais cuidados, apresentando inúmeras desvantagens comparativamente aos homens. O facto de socialmente prevalecerem os estereótipos sugerindo um auto-conceito mais negativo e um mais baixo bem-estar subjectivo nas mesmas, induziria a pensar que, efectivamente, apresentassem níveis mais baixos de bem-estar. No entanto, as diferenças encontradas para os dois géneros foram pequenas. De acordo com os autores, 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 também que as desvantagens apresentadas pelas mulheres comparativamente aos homens na saúde, na competência diária, no estatuto sócio económico, bem como a viuvez contribuíam para as pequenas diferenças identificadas. Ao analisarem se existiam diferenças na satisfação de vida, felicidade, auto-estima, solidão, saúde subjectiva e idade subjectiva entre os idosos mais jovens e os mais idosos, concluíram que as mulheres referiram significativamente menor bem-estar subjectivo e um auto-conceito menos positivo do que os homens em todas as medidas, excepto na idade subjectiva. Diferenças menores no bem-estar subjectivo relacionadas com o género, foram encontradas nos idosos mais jovens comparativamente aos mais idosos.

No curso de vida a velhice é uma etapa que se sucede às anteriores e, o percurso efectuado anteriormente, influencia e condiciona o processo de adaptação neste período mais tardio da existência (Garland, 1990; Schmitt & Juchtern, 2001). Nesta última etapa, vários factores podem condicionar o bem-

estar psicológico. Garland (1990) sinaliza factores de natureza externa e factores internos, sendo exemplos dos primeiros o envolvimento físico bem como os comportamentos das outras pessoas e dos segundos, o estado de saúde e a personalidade.

Os efeitos do ambiente no bem-estar não podem ser compreendidos isoladamente, mas como resultantes da interacção que se estabelece entre as pessoas idosas e a predisposição individual de cada uma das mesmas, para responder aos estímulos do ambiente.

Um vasto conjunto de variáveis externas e internas às pessoas idosas entre as quais o estado civil, o estatuto sócio económico, a rede de suporte social, a actividade, o controlo pessoal, a saúde física e a capacidade funcional entre outras, têm sido estudadas, procurando-se aferir da sua relevância para o bem-estar e para a saúde mental. Uma maior compreensão das relações existentes entre estas variáveis e os construtos em apreço, é relevante para actuarmos no sentido de que os mesmos sejam preservados nas pessoas idosas.

Entre outros aspectos, ter porque viver e para quem viver são condições necessárias ao bem-estar (Silva & Peralta, 2002). As relações sociais podem constituir-se como experiências importantes para a saúde e para o desenvolvimento do bem-estar na velhice (Antonucci, 2001; Liang, Krause & Bennet, 2001). O tipo de apoio facultado é relevante. O excesso de apoio ou a sua inadequação podem ser geradores de dependência e induzir a percepção de perda de controlo pessoal sobre a própria vida, com sentimentos de menos valia (Silva, 2005). Contrariamente, a percepção de que se tem um papel útil e relevante junto dos outros, pode constituir-se como um objectivo de vida, assumindo-se que se dispõe de um certo controlo sobre a mesma.

Relativamente ao controlo pessoal, Fry (1989) considera que os idosos são uma população em risco, especialmente pelo facto da perda de controlo e de poder pessoal nas idades avançadas, serem inevitavelmente acompanhados, por um correspondente aumento de uma atitude depressiva face a si próprio.

Situações de declínio ao nível da saúde e do bem-estar que surgem com alguma frequência nos idosos, suscitaram a necessidade de estudo relativamente a possíveis factores mediadores, nomeadamente, o controlo percebido e o optimismo (Ruthig, Chipperfield, Newall, Perry & Hall, 2007). Os resultados indicaram que uma saúde física pobre, emoções negativas mais intensas e menor actividade física, podiam predizer-se nos mais idosos comparativamente aos menos idosos, na presença de declínio. Este predizia negativamente o controlo

percebido e o optimismo, os quais mediavam o efeito do mesmo na saúde e no bem-estar dos mais idosos. O controlo percebido e o optimismo poderão funcionar como suportes no restabelecimento do declínio.

O suporte social inadequado está associado não só ao aumento da mortalidade, morbidade e *distress* psicológico mas também, a um decréscimo geral na saúde e no bem-estar (OMS, 2002). Laços emocionais disruptivos, solidão e interacções conflituosas são forças maiores de stresse, enquanto ligações sociais suportivas e de intimidade são forças de vigor emocional. O isolamento social e a solidão nos idosos estão ligados ao declínio no bem-estar mental e físico (OMS, 2002; Osborn et al., 2003; Paúl, 2006; Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1997b).

Quando relacionamentos negativos estão presentes, ter uma rede social mais larga ou níveis de contacto mais elevados podem não ter efeito positivo e, inclusivamente, podem ter associação negativa com o bem-estar (Pinquart & Sorensen, 2000). A quantidade de contactos não está tão fortemente relacionada com o bem-estar subjectivo como a qualidade dos mesmos porque nem todos os contactos sociais o suportam e aumentam, facultando suporte emocional. De facto, se os laços emocionais são danosos criam stresse relacional, correlacionando-se com baixo bem-estar subjectivo.

Os autores referem a relação dos idosos com familiares e amigos, considerando que a quantidade de contactos com os últimos está mais fortemente relacionada com o bem-estar subjectivo do que aquela que os idosos têm com os filhos adultos.

A qualidade da relação com os amigos é geralmente mais elevada do que a qualidade da relação com os filhos adultos. A relação com os amigos é habitualmente opcional, indica trocas emocionais positivas, divertimento e partilha de bons momentos, as quais são forças de bem-estar subjectivo. Uma elevada frequência de contactos com familiares pode reflectir obrigações, e, no caso da necessidade de cuidados, encontros stressantes, que podem pôr em perigo o bem-estar (Pinquart e Sorensen, 2000).

A qualidade das relações dos idosos com os filhos é muito importante para o bem-estar subjectivo. Segundo Thomae (1987) citado por Pinquart e Sorensen (2000), os idosos frequentemente baixam as suas expectativas relativamente à quantidade de contactos com a família, concordantemente com a conflitualidade existente entre as responsabilidades familiares e profissionais dos seus filhos adultos. Adicionalmente, reduzir a quantidade de contactos com os filhos adultos

pode ser uma forma de reduzir os conflitos e aumentar a qualidade dos contactos com os mesmos (Pinquart e Sorensen, 2000).

No âmbito da relação pessoa/ambiente no decurso do processo de envelhecimento e das suas repercussões no bem-estar e na saúde mental, Fonseca (2005a) e VandenBos (1998) aludem a que, acontecimentos de vida como a entrada na reforma, a mudança de residência ou a viuvez, podem alterar o bem-estar individual, obrigando a uma reorganização das relações pessoa ambiente, com efeitos em termos adaptativos.

Cavanaugh (1997) refere que a passagem à reforma supõe um processo de transição-adaptação que envolve mudanças em múltiplos aspectos da vida. Exige do ponto de vista adaptativo reorganização a fim de ser mantido o bem-estar psicológico e social. Para Fonseca (2005a) a “passagem à reforma” bem como o processo de transição-adaptação que lhe está inerente, poderão constituir ocasiões particularmente sensíveis ao aparecimento de alterações no funcionamento dos indivíduos, com consequências ao nível do respectivo bem-estar psicológico e social. A passagem à reforma implica habitualmente alterações muito significativas nos hábitos de vida. A cessação do trabalho pode significar sofrimento e perdas (financeiras, de amigos, de objectivos, de prestígio). Noutras pessoas pode permitir a concretização de desejos adiados (Pinto, 2007), a formulação de novas metas (Martin, Gonçalves, Silva, Paúl & Cabral, 2007), o reforço do lazer (Cid & Dapía, 2007), do investimento nos relacionamentos e em si próprio (Martin, Guedes, Gonçalves & Pinto, 2007; Casara, 2007).

Fonseca (2005a) refere dois extremos de consequências possíveis da reforma sobre o bem-estar psicológico dos idosos:

1. para uns a reforma proporciona uma nova oportunidade de desenvolvimento pessoal; as actividades desenvolvidas à sombra da mesma, são fonte de bem-estar;
2. para outros, no extremo oposto, a solidão é real, não existem objectivos e vivem com um sofrimento que não conseguem disfarçar.

A participação dos idosos na sociedade e na família (cozinhar, limpar, jardinar, cuidar das crianças, fazer compras) bem como o seu envolvimento em actividades na igreja e de caridade são favoráveis a que se sintam bem afectivamente e satisfeitos com a vida (Warr, Buttcher & Robertson, 2004). O desenvolvimento de actividades e o bem-estar psicológico não variam com o género.

Paralelamente, na velhice a competência básica¹ e expandida² (Baltes & Baltes, 1993b), o estatuto sócio económico elevado e a integração social, representam também aspectos de uma vida bem sucedida e são importantes fontes de satisfação e de auto-estima. Há, no entanto, um aumento do risco para as limitações e perdas de saúde e de competência, na rede social e nos meios financeiros (Pinquart & Sorensen, 2000). Os riscos de perdas sugerem que os idosos podem ter menores níveis de bem-estar do que os mais jovens. Numa meta-análise realizada, os autores, contrariamente às expectativas, concluíram que o bem-estar subjectivo não decresce com o aumento da idade. Quanto à saúde, mais especificamente à percepção de saúde (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2007), o “peso” que tem no bem-estar e na qualidade de vida dos mais idosos continua a ser controverso.

Albrecht & Devlieger (1999) identificaram a contradição entre o nível de incapacidade dos idosos e a sua percepção de elevado bem-estar e qualidade de vida como o “paradoxo da incapacidade”. Este poderá explicar-se de acordo com Rothermund & Brandtstädter (2003a) pela utilização de mecanismos de *coping* assimilativo e acomodativo. O primeiro corresponde a tentativas para atenuar as perdas actuais ou antecipadas através de acções compensatórias (ajustando as situações negativas aos objectivos, reduzindo o hiato entre o estado actual da pessoa e aquele que idealiza); o segundo concerne à adopção pelo idoso de objectivos menos exigentes, o que possibilita que mantenha o sentido de auto-eficácia e o controlo sobre a própria vida.

A par de outros factores, o sucesso educacional e profissional também contribuem para uma revisão de vida positiva. As dificuldades económicas mostraram igualmente ser um factor stressante que contribui para a redução do bem-estar subjectivo e para a diminuição do autoconceito (Pinquart & Sorensen, 2000).

Num estudo que envolveu 203 participantes com idades entre os setenta e os oitenta e cinco anos, Mehlsen, Thomsen, Vidik, Olesen & Zachariae (2005), procuraram investigar em que medida a avaliação das décadas anteriores de vida e os processos cognitivos envolvidos nessa avaliação estavam relacionados com a experiência de bem-estar e com mudanças nas avaliações de depressão, um ano

¹ Necessária para a manutenção da independência do dia a dia. Inclui actividades da vida diária e actividades instrumentais da vida diária (e.g. ir às compras, mover-se). A competência do dia a dia inclui cognições básicas e domínio de conhecimento específico necessário para resolver os problemas de vida diária (e.g. manejar dinheiro, tomar medicação).

² Refere-se às actividades determinadas pelas preferências individuais, motivações e interesses incluindo as actividades de lazer.

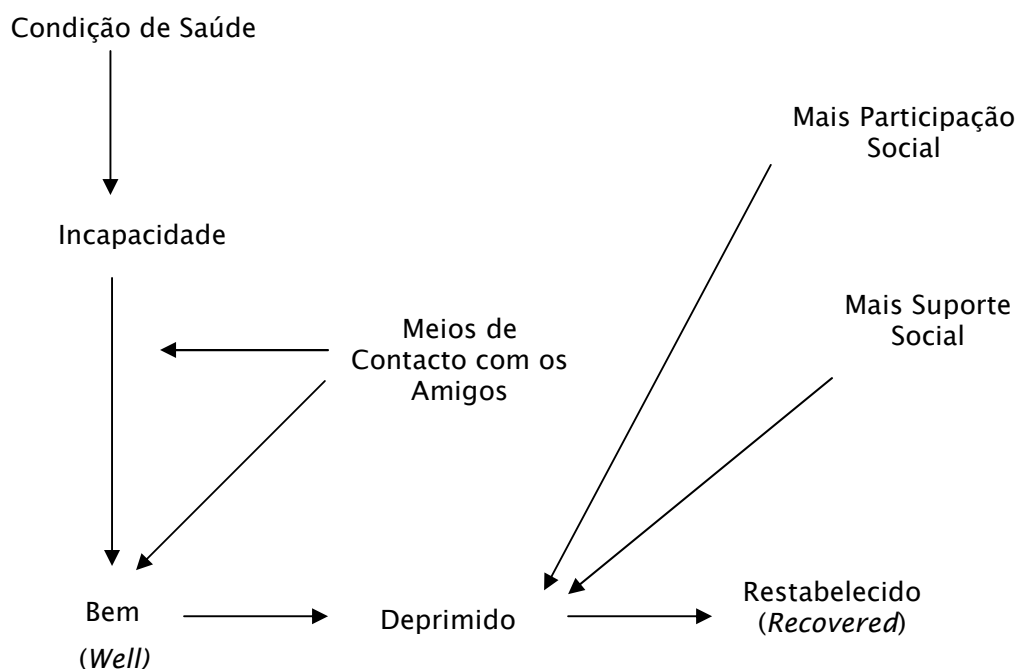
após uma primeira entrevista efectuada aos idosos. Concluíram que a avaliação da velhice como a melhor etapa da vida estava relacionada com o aumento do bem-estar. A avaliação de períodos positivos da vida era baseada em qualidades gerais, enquanto eventos negativos específicos foram referidos como razões para períodos negativos de vida. Estratégias de comparação para avaliar a satisfação foram registadas frequentemente e o uso de comparações temporais mostraram ser preditivas de mudanças na depressão. O estudo indicou que os processos cognitivos usados na avaliação da satisfação de vida estavam relacionados com o bem-estar presente e futuro dos idosos.

1. 2. 1. Factores com influência nas perturbações da saúde mental dos idosos

Continua a existir alguma controvérsia acerca dos possíveis factores com influência na depressão nas idades mais tardias. A associação da depressão com variados factores tem sido investigada, no entanto, tem-se verificado alguma dificuldade na determinação de causalidade entre alguns dos mesmos e o surgimento de depressão. Com o aumento do número de anos de vida, o acréscimo dos problemas de saúde mental é esperado (Barreto, 1988; Paúl, 2006) pelo que se revela uma prioridade reduzir o sofrimento e a dependência associados aos mesmos. A identificação dos determinantes do *distress* psicológico e da depressão evidenciam-se como fundamentais para prevenir a ocorrência dessas mesmas situações.

Na procura de um modelo etiológico explicativo para o aparecimento da depressão na idade tardia tem sido desenvolvido em Londres, um programa de pesquisa epidemiológica - *The Gospel OAK Project* - iniciado por Mann & Graham em 1985. No âmbito deste projecto realizaram-se diversos rastreios que abrangeram pessoas com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. Central no estudo é testar se a desvantagem (*handicap*) será causa da depressão na idade tardia. A condição de saúde, a incapacidade (figura nº 5., p. 65) surgem, no modelo proposto, na origem da depressão havendo, todavia, um conjunto de outros factores considerados como tendo influência no curso mais ou menos favorável da mesma.

Figura nº 5. Modelo proposto no *Gospel OAK Project*



Fonte: Adaptado de *The Gospel Oak Project* (1985-2005).

De acordo com Prince, Harwood, Thomas & Mann (1997a), a existência de uma associação entre variáveis ligadas à saúde física e à depressão está estabelecida. Neste âmbito, as relações existentes entre a doença física, a incapacidade e as desvantagens subsequentes com a depressão têm sido estudadas, dado que estas situações coexistem com frequência nas pessoas mais idosas. Apesar da dificuldade na determinação das direcções de causalidade entre variáveis, a desvantagem parece ter um significado central na depressão nas idades tardias. A desvantagem é, todavia, uma variável passível de intervenção, havendo necessidade de acções terapêuticas precoces na doença bem como de actuações preventivas a fim de serem evitadas consequências mais negativas e limitativas para a autonomia das pessoas idosas.

Prince et al. (1997b) procuraram conhecer as relações existentes entre o suporte social, a solidão e/ou isolamento, a desvantagem e a depressão, concluindo que a desvantagem era um determinante maior de depressão. A experiência frequente de solidão e as deficiências ao nível do suporte social surgiram também fortemente relacionados com aquela. A imobilidade associada à doença física conduz, não raras vezes, ao isolamento da pessoa idosa em casa, limita o contacto com os amigos e vizinhos suscitando, conseqüentemente, perda de intimidade e reduzindo o sentimento de pertença à comunidade. Estas

circunstâncias podem admitir-se como mecanismos subjacentes ao aparecimento de depressão.

Do ponto de vista da saúde pública, Prince et al. (1998) referem que é importante estabelecer que aspectos ligados a uma saúde empobrecida determinam o risco de depressão e tornam a pessoa mais vulnerável à ocorrência da mesma. Não é menos importante a identificação dos factores que conferem resiliência às pessoas idosas detentoras de uma saúde pobre.

Os autores realizaram um estudo prospectivo de base populacional no qual procuraram investigar o papel da incapacitação (*disablement*), medida como perda, da deterioração (*impairment*) e da desvantagem (*handicap*) na depressão. Concluíram que a deterioração, particularmente a desvantagem, era o mais importante preditor do começo da depressão. A falta de amigos era um factor de risco directo que modificava a associação entre a desvantagem e a depressão. O casamento era protector para os homens, mas, constituía um factor de risco para as mulheres. Baixos níveis de suporte social e de participação social prediziam a manutenção da depressão, mais acentuadamente, do que a disfunção.

Factores como a predisposição genética, adversidade precoce no curso de vida e eventos de vida sérios, surgiram com um papel menos proeminente na depressão das idades tardias comparativamente à dos mais jovens.

De acordo com os mesmos autores, a prevenção da depressão nas idades tardias, requer atenção ao nível estrutural no que concerne aos factores de desvantagem existentes nas várias comunidades.

Segundo a OMS (2004a; 2004b), os factores de risco maiores para a depressão nas pessoas idosas são os distúrbios ou doenças que provocam diminuição da capacidade para realizar as actividades da vida diária e o enfraquecimento da rede social.

Num estudo realizado a 999 pessoas idosas com sessenta e cinco e mais anos, Paúl et al. (2006), concluíram que a doença e a incapacidade (*disability*) estavam relacionadas com o *distress* psicológico na idade avançada e que o sentimento de solidão (auto-referenciado) era o mais importante preditor do mesmo. O facto dos idosos não conhecerem os vizinhos aumentava também a probabilidade de depressão. Nas pessoas muito idosas (80 e mais anos) a prevalência dos problemas de saúde e de incapacidade eram elevadas apesar de apresentarem uma auto-percepção de saúde e qualidade de vida positivas (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2007).

Alguns autores têm admitido existir uma clara conexão entre stresse e o aparecimento da doença depressiva (Coleman, 1990; Moos, Scutte, Brennan & Moos, 2005; Russel e Cutrona, 1991). No entanto, apenas uma pequena percentagem de pessoas desenvolve depressão na presença de um determinado tipo de experiências de vida, face às quais todos os pares são, mais cedo ou mais tarde, expostos (Coleman, 1990).

Em investigações realizadas acerca dos estilos de vida, procuraram-se categorizar diferentes eventos, distinguindo-os de acordo com a sua importância para os padrões totais de actividade da pessoa. Moos et al. (2005) examinaram a associação entre os *stressores* da vida e os sintomas depressivos nos anos mais tardios. Ao fim de dez anos de estudo, concluíram que um maior número de *stressores* de vida estavam associados com um subsequente aumento nos sintomas depressivos (causa social) e que um maior número de sintomas depressivos estavam associados com o subsequente aumento de *stressores* (selecção social ou geração do stresse). Os resultados indicaram um processo de influência mútua na qual os *stressores* de vida e os sintomas depressivos podem alterar-se uns aos outros.

Têm-se também estabelecido conexões com períodos mais jovens da vida, admitindo-se que experiências de ligação ou perda na infância podem determinar com considerável extensão experiências de perda na idade tardia.

As perdas, são sem dúvida, acontecimentos muito frequentes na velhice. Todavia, as perdas não são os únicos acontecimentos stressantes com impacto nas pessoas idosas.

Hanley & Balkie (1984) citados por Coleman (1990), categorizaram quatro tipos de factores stressantes: perda, ataque, constrangimento ou restrição e ameaça. Não são apenas as ameaças maiores associadas aos acontecimentos de vida que estão relacionadas com o aparecimento de depressão. Acontecimentos menores, desagradáveis e persistentes podem causar reacções depressivas em algumas pessoas (*daily hassles*) – solicitações irritantes, frustrantes, que provocam *distress* e relações complicadas que afectam as pessoas no dia a dia (Lazarus & DeLongis, 1983).

Para melhor compreendermos porque certas pessoas lidam melhor que outras com certas situações, precisamos examinar como experimentam o que lhes acontece assim como, quais os recursos internos e externos que detêm para lidar com as mesmas. Com o avanço da idade, os mecanismos intra-psíquicos que envolvem controlo emocional parecem ser mais usados do que as abordagens

centradas nos problemas. Simultaneamente, as forças stressantes também se modificam. Acontecimentos diários desagradáveis (*daily hassles*) relacionados com o ambiente e o meio social, manutenção da casa e relativos à saúde, são os mais frequentes (Folkman et al., 1987).

A presença concomitante de vários factores tem também sido estudada relativamente à sua influência na melhor ou pior saúde mental. As relações entre o suporte social, o stresse e os sintomas depressivos têm sido alvo de interesse nas últimas duas décadas. Dois modelos foram propostos por Cutrona & Russel (1991) para explicar as possíveis relações entre o suporte social e os sintomas depressivos.

Um dos modelos admite que o suporte social desempenha um papel primariamente protector durante os períodos de stresse (*buffering hypotheses*), aumentando os mecanismos adaptativos dos idosos para lidarem com os acontecimentos stressantes (Russel & Cutrona, 1991). Aceita ainda a possibilidade de existir uma interacção entre o suporte social e o stresse que prediz a saúde física e mental.

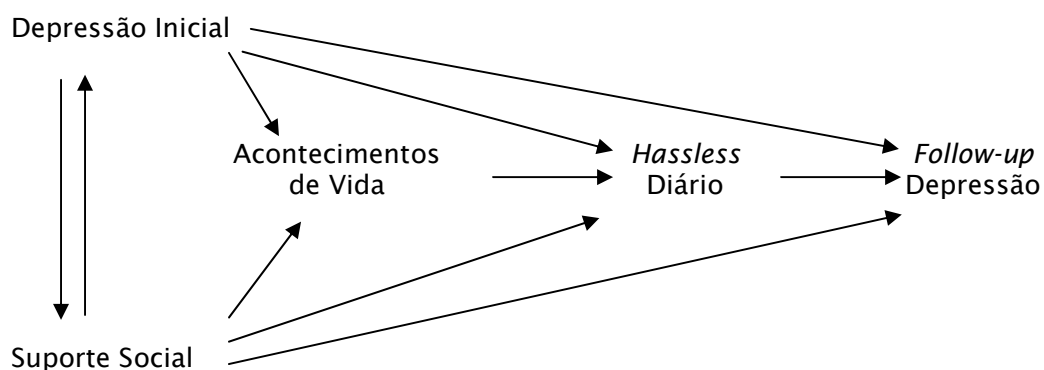
O segundo modelo supõe que o suporte social tem efeitos positivos na saúde e no bem-estar, quer na ausência quer na presença do stresse. Prediz que existe uma relação directa entre o suporte social e a saúde física e mental que é independente dos efeitos do stresse (OMS, 2002, 2004a; 2004b; Pinguart & Sorensen, 2000).

Russel & Cutrona (1991) procuraram testar um modelo de processo, que especifica um mecanismo através do qual o suporte social pode afectar a adaptação ao stresse, através do seu efeito na experiência stressante (figura nº 6., p. 69).

De acordo com o modelo proposto (Russel & Cutrona, 1991) o suporte social pode ter dois efeitos:

1. um efeito negativo directo na depressão.
2. um efeito mediado pela influência do suporte social na ocorrência de acontecimentos de vida negativos e *hassles* diário.

Figura nº 6. Modelo processual do suporte social e do stresse



Fonte: Adaptado de Russel & Cutrona. (1991). *Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model*, p. 191.

Os autores predizem que pessoas com baixos níveis de suporte social experienciam mais acontecimentos de vida negativos e um maior número de *hassless* diário do que aqueles que têm elevados níveis de suporte. Pessoas com baixos níveis de suporte social parecem estar em risco para sofrerem experiências stressantes. Todavia, os problemas de saúde mental, por si próprios tornam as pessoas mais vulneráveis à ocorrência de situações de vida stressantes.

Considerando os possíveis efeitos da depressão nos subsequentes acontecimentos de vida e no *hassless* diário, Russel & Cutrona (1991) colocam a hipótese de existir uma relação recíproca entre depressão e stresse. Uma saúde mental pobre aumenta a probabilidade de experiências stressantes subsequentes, que por sua vez, aumentam a probabilidade de surgirem sintomas depressivos.

Num estudo realizado com 301 idosos com idade superior ou igual a sessenta e cinco anos em que se procuraram testar os efeitos dos níveis globais de suporte social, bem como de seis tipos específicos de suporte social enquanto predictores de experiências stressantes e de sintomas depressivos, Russel & Cutrona (1991) concluíram que:

1. Um suporte social deficiente contribui directa e indirectamente para a subsequente depressão nos idosos.
2. O suporte social contribui para o aumento da incidência dos acontecimentos stressantes *minor*, que por seu turno, são significativos predictores de depressão tardia.
3. Deficiências no suporte social estão também ligadas à depressão doze meses mais tarde, quando os níveis iniciais de depressão são considerados no começo do estudo.

4. Os resultados sugerem que o *hassless* (acontecimentos frustrantes, diários e persistentes) medeia os efeitos dos acontecimentos de vida maiores na depressão tardia.

5. Os componentes do suporte social que comunicam à pessoa que ela tem valor (aumentando a auto-estima) e a disponibilidade de assistência directa em períodos de stresse (transmitindo confiança no apoio) parecem ser mais críticos para os idosos. Estes dois componentes foram achados preditivos da ocorrência do *hassless* diário e do nível de depressão, registados um ano mais tarde.

Para além do suporte social outros factores têm sido referidos como influentes nesta perturbação.

Em 2003, Cole & Dendukuri realizaram uma meta-análise de vinte estudos retirados da *Medline* e da *PsycholInfo*, relativos a factores de risco para a depressão em pessoas idosas residentes na comunidade. Cinco factores – perda, distúrbios do sono, incapacidade, depressão prévia e género feminino – surgiram como significativos. Três destes cinco factores são potencialmente modificáveis. São também relativamente frequentes nos idosos, segundo Cole & Dendukuri (2003), pelo que pode esperar-se que a modificação dos mesmos tenha um impacto positivo importante na saúde pública.

A incapacidade física tem sido focalizada pelo facto de ser uma situação que surge frequentemente à medida que o avanço na idade ocorre. Lenze et al. (2001) definem a incapacidade como uma restrição ou falta de habilidade para realizar uma actividade ou várias actividades, devido ao enfraquecimento ou deterioração. Estas actividades podem incluir relações interpessoais ou de parentesco, trabalho ou escola, ou actividades físicas. A deterioração mais acentuada é a incapacidade física.

A incapacidade física tipicamente refere-se à dificuldade, restrição ou dependência dos outros para a realização das actividades de vida diária (ADL) ou actividades instrumentais de vida diária (IADL). As ADL são as tarefas relacionadas com o auto-cuidado como alimentar-se sozinho, vestir-se, lavar-se, cuidar da higiene pessoal e movimentar-se. As IADL são tarefas menos básicas que são necessárias para viver com independência, como o preparar a comida, limpar ou pagar as contas (ou facturas). Apesar de serem descritas como físicas, estas tarefas têm, claramente, também uma componente mental. A incapacidade física é um conceito complexo que inclui elementos relacionados com o funcionamento físico e mental.

Numa revisão efectuada à literatura geriátrica mais actual por Lenze et al. (2001), a depressão tardia e a ansiedade surgiram associados à incapacidade física. Os autores verificaram que a depressão nas idades tardias era também um factor de risco independente para a incapacidade, e que, semelhantemente, a incapacidade era um factor de risco para a depressão. Beekman et al. (2002), num estudo realizado à população idosa, com idades entre os 55 e ao 85 anos, dos Países Baixos (n=2.200), verificaram que os sintomas depressivos tinham um considerável impacto no bem-estar e na incapacidade dos idosos bem como consequências económicas causadas pelo uso inapropriado dos serviços de saúde.

No que se reporta à ansiedade nas idades tardias, podemos considerá-la um factor de risco para a incapacidade, não necessariamente independente da depressão. Aliás, a co-morbilidade entre as desordens de ansiedade e as desordens depressivas surge relatada com alguma frequência (Lenze et al., 2000), parecendo existirem algumas diferenças relativamente aos factores de risco que estão associados a estes dois tipos de perturbações na velhice (Beekman et al., 2000).

Segundo Lenze et al. (2001), mesmo após controlo das possíveis variáveis de confundimento como: idade, sexo, educação, rendimento, sobrecarga derivada de doença médica, suporte social e estado cognitivo, a associação da incapacidade física com a depressão manteve-se, quer no caso da depressão *major*, quer dos sintomas depressivos.

Da análise efectuada a vários estudos longitudinais, os quais são adequados para a identificação dos factores de risco e para determinar as direcções de causalidade, os autores concluíram que tanto a depressão é um factor de risco para a incapacidade quanto esta é um factor de risco para a depressão. Nas idades mais tardias estão frequentemente presentes em simultâneo: podem piorar, podem manter-se ou melhorar de forma sincrónica.

Ainda de acordo com Lenze et al. (2001), o facto da incapacidade física ser identificada como factor de risco para a depressão não foi surpreendente. O aparecimento da incapacidade pode considerar-se um *stressor major* que suscita perda da percepção de controlo e baixa de auto-estima. Por outro lado, as pessoas incapacitadas fisicamente também parecem sofrer um número superior de acontecimentos de vida negativos. A incapacidade física conduz, ainda, à restrição de actividades sociais e de lazer valorizadas pela pessoa, ao isolamento

e à redução na qualidade do suporte social, os quais são factores psicossociais de risco para a depressão.

Dos estudos de intervenção revistos pelos mesmos autores, evidenciaram-se melhorias significativas na incapacidade física auto-referenciada nos idosos que recebiam medicação anti depressiva relativamente àqueles a quem se administravam placebos o que suporta a hipótese de que a depressão é uma causa tratável da incapacidade excessiva.

A relação entre a saúde física e os sintomas depressivos foi igualmente estudada (Braam et al., 2005) em 22570 sujeitos idosos com sessenta e cinco e mais anos, provenientes das várias amostras dos diferentes países europeus que participaram no *Eurodep* (1999). Verificou-se que na maioria das amostras (dos vários países), a associação entre sintomas depressivos com incapacidade funcional era mais forte do que com as “condições físicas crónicas”. Concluiu-se (Braam et al., 2004) que a associação entre a saúde física e os sintomas depressivos na idade tardia era consistente nas diferentes culturas dos países da Europa Ocidental que integraram o *Eurodep*.

Para Lenze et al. (2001), uma saúde física pobre pode ser considerada um factor de risco para a depressão na idade avançada. Conjuntamente com as perdas e o declínio cognitivo é um dos factores de risco que demarca a depressão da idade tardia da depressão que tem início em idades mais jovens (Cole & Dendukuri, 2003).

A relação entre padrões de incapacidade de longo prazo (evolução), suporte social recebido e percebido e sintomas depressivos, foi estudada por Taylor & Lynch (2004), numa amostra de pessoas idosas. Os autores procuraram determinar se a incapacidade, o suporte social e os sintomas depressivos, seguiam trajectórias lineares ao longo da idade, e, também, em que medida o suporte social mediava a relação entre a incapacidade e os sintomas depressivos. Os autores admitiram que o suporte social, a incapacidade e os sintomas depressivos, eram processos fortemente relacionados nas idades tardias.

Questionou-se no estudo se os padrões de incapacidade de longo prazo estariam relacionados com os sintomas depressivos da idade avançada, e, se o suporte social poderia ser visto como um processo que emergia em resposta à incapacidade. Caso houvesse comprovação, interrogar-se-ia sobre as dimensões do suporte social que mediavam a relação entre os padrões de incapacidade e os sintomas depressivos. A incapacidade foi considerada um factor stressante crónico no âmbito de pesquisas efectuadas fundadas na teoria do stresse.

Taylor & Lynch (2004) examinaram a relação existente entre padrões de incapacidade individuais (stress crónico), com as consequências psicológicas de longo prazo (sintomas depressivos). Consideraram ainda padrões de suporte social de longo prazo (suporte social recebido e percebido) como mediadores na relação.

Os resultados suportaram de forma robusta o conceptualismo da incapacidade, dos sintomas depressivos e do suporte social como processos com trajectórias lineares na idade tardia, ainda que se tenha evidenciado variabilidade nas trajectórias, nos diferentes elementos da amostra. Provaram a existência de uma relação robusta entre as trajectórias de incapacidade e as prosseguidas pelos sintomas depressivos. As pessoas com trajectórias de incapacidade superior tendiam a ter trajectórias de maior sintomatologia depressiva. Demonstraram que padrões de incapacidade prolongados estavam relacionados com sintomas depressivos de longo prazo a nível individual, o que foi importante para uma mais adequada compreensão da relação existente entre processos relacionados com a saúde, nas idades tardias.

As trajectórias de suporte social recebido e percebido tendiam a acompanhar as trajectórias de incapacidade e, providenciavam uma protecção contra o efeito da incapacidade nos sintomas depressivos. A relevância do suporte percebido como mediador do stress foi de novo reforçada.

Os resultados da pesquisa efectuada por Taylor e Lynch (2004) indicam que o suporte recebido não protege do efeito da incapacidade, enquanto o suporte percebido medeia a relação entre crescimento da incapacidade e crescimento dos sintomas depressivos. Porém, o efeito da incapacidade base nos sintomas depressivos não é mediado pelo suporte social percebido de base. Taylor & Lynch (2004) concluíram que elevados e rápidos níveis de crescimento na incapacidade podem produzir sentimentos de que o indivíduo não tem suporte adequado para apoiá-lo nessa situação, mas que, apesar disso, podem ser suficientes para mediar o efeito do aumento da incapacidade no aumento dos sintomas depressivos.

Apreciar a relação existente entre a competência do dia a dia e os sintomas depressivos, bem como, testar quanto a percepção de controlo e o suporte social medeiam ou moderam o impacto da deterioração na competência diária nos sintomas depressivos, foram os principais objectivos da pesquisa realizada por Chou em 2005. A amostra foi constituída por 393 pessoas com idade superior ou igual a sessenta anos.

Chou constatou que, a competência diária estava relacionada negativa e significativamente com os sintomas depressivos, depois de excluídas a idade, o sexo, o estado civil, os anos de educação, o estado de saúde e as doenças crónicas associadas.

Os resultados obtidos pelos autores, sugerem que a percepção de controlo e o suporte social têm importantes papéis na relação entre a competência do dia a dia e a depressão nos idosos. Nestes, a competência para cuidarem de si próprios diariamente, para gerirem os seus afazeres e viverem independentemente na comunidade, tem um grande impacto pessoal, mas também nas famílias e na sociedade em geral.

A percepção que os idosos têm de ser capazes de influenciar os resultados que pretendem obter no diariamente, através de respostas selectivas, bem como as expectativas de serem capazes de participar nas decisões e empenhar-se em acções, no sentido de obterem os resultados desejados ou evitarem os desfavoráveis, partindo do princípio de que são responsáveis por si próprios – respectivamente controlo de acção e controlo percebido (Rodin, 1986), parecem ser fundamentais para o seu bem-estar e para a saúde mental.

Chou (2005) admite um papel mediador ou moderador do controlo percebido e do suporte social na relação entre a competência diária e os sintomas depressivos.

Anteriores pesquisas longitudinais (Geerlings, Beekman & Dieg Van Tilburg, 2000; Prince et al., 1997a) comprovaram que o declínio na competência diária era um factor de risco (entre outros) que conduzia ao agravamento dos sintomas depressivos, apesar da depressão ser também um significativo preditor do declínio no funcionamento saudável (Gallo et al., 2003).

Chou (2005) considera a deterioração nas competências como uma tensão crónica, que pode ter um impacto deletério no bem-estar psicológico.

Os resultados do estudo mostraram que as pessoas idosas com baixos níveis de competência no dia-a-dia referiam, mais frequentemente, sintomas depressivos. A relação entre competência e depressão pode, todavia, ser mais complexa sendo de natureza recíproca. Os idosos que estão mais deprimidos tendem a estar inactivos, o que pode conduzir a um maior declínio (Mehlsen, Thomsen, Vidik, Olesen & Zachariae, 2002). Os resultados sugeriram também que os papéis para a percepção de controlo e para o suporte social eram distintos. A percepção de controlo fica diminuída, o que promove o *distress* psicológico.

Os autores admitiram que, o suporte social recebido nas actividades de lazer e sociais, era um mediador na ligação entre a competência diária e o bem-estar psicológico.

Para Chou & Chi (2001a; 2001b), o suporte social modera o impacto dos eventos de vida stressantes no bem-estar psicológico e na depressão, enquanto a percepção de controlo modera o impacto dos constrangimentos e tensões financeiras na depressão.

A diferença pode dever-se ao facto da deterioração na competência diária ser de natureza diversa do impacto dos acontecimentos stressantes como, por exemplo, a viuvez ou tensões financeiras, que podem ser percepcionadas como stresses exógenos, enquanto as alterações na competência do dia a dia estão mais relacionadas com efeitos endógenos.

Paralelamente, um conjunto de situações médicas crónicas tem sido considerado relativamente ao seu potencial de risco. O prolongamento do número de anos vividos tem acarretado um aumento considerável na incidência e na prevalência de doenças crónicas, às quais se associam, não raras vezes, limitações funcionais.

O largo espectro de situações que afectam no âmbito físico as pessoas idosas e muito idosas têm impacto na saúde mental, fundamentalmente pelo significado que lhes é atribuído por aqueles que as experimentam. Os sintomas depressivos e as desordens depressivas tardias surgem associados às mesmas em vários estudos. Numa amostra de idosos residentes em zonas urbanas e rurais de Taiwan, Chiu, Chen, Huang & Mau (2005) verificaram que as prevalências de 20,1% (meio urbano) e de 12,8% (meio rural) encontradas para os sintomas depressivos, estavam consistentemente associados com as prevalências de doença crónica e com as pontuações obtidas na avaliação das actividades de vida diária (ADL). A doença cardiovascular e a fractura do fémur eram preditivas de depressão na amostra de idosos de zonas rurais. Individualmente, dificuldades na satisfação das actividades físicas e da vida diária (PADL), bem como nas IADL, problemas na utilização dos sanitários e dificuldade em fazer compras, eram preditores significativos de depressão nas duas amostras.

Alexopoulos (2005), num estudo efectuado com pessoas de sessenta e cinco e mais anos, refere que as síndromes depressivas frequentemente afectam pessoas com doenças médicas crónicas, limitação cognitiva e incapacidade. Processos relacionados com a idade e com a doença, incluindo arteriosclerose e doenças inflamatórias, endócrinas e imunitárias, aumentam a vulnerabilidade

para a depressão (Alexopoulos, 2005). A adversidade psicossocial, o empobrecimento económico, a disfunção, o isolamento, a recolocação, a necessidade de ser cuidado e a perda, contribuem para mudanças fisiológicas, aumentando ainda mais a susceptibilidade à depressão ou desencadeando-a nos idosos já vulneráveis.

Procurando determinar a relação existente entre factores sócio-demográficos e relativos à saúde com os sintomas depressivos Verropoulou & Tsimbos (2007), numa amostra de 857 homens e de 1032 mulheres idosas (50 e mais anos), verificaram que existia uma forte associação do género, dos anos de escolaridade, da co-morbilidade, da incapacidade, da função cognitiva e de história de depressão prévia com a presença de sintomas depressivos. O género feminino, as pessoas com menor escolaridade, com saúde física pobre, com declínio da função cognitiva e com história de depressão, estavam de forma significativa em maior risco de terem pontuações mais elevadas na avaliação da sintomatologia depressiva (*Euro-D scale*). O papel da idade não foi clarificado.

Os problemas médicos crónicos e as limitações associadas aos mesmos podem ser sentidos como ameaça, perda, restrição, ataque, constituindo-se como factores stressantes. As limitações sensoriais, auditivas e visuais, são também mais frequentes nas pessoas idosas. Num estudo realizado em Londres por Gilhome Herbst (1983), citado por Coleman (1990), dois terços da amostra eram pessoas com setenta e mais anos com limitações auditivas, no entanto, apenas uma pequena proporção destas admitiu possuir dificuldades, temendo o ridículo e o estigma. Nas circunstâncias referidas, alguns idosos preferem afastar-se, desinvestem do convívio e da participação na sociedade, podendo ocorrer com maior frequência depressão.

Kramer, Kapteyn, Kuik & Deeg (2002), após a realização de uma pesquisa a pessoas idosas (cinquenta e cinco a oitenta e cinco anos) dos Países Baixos, referem que aquelas que possuíam incapacidade auditiva (perda de audição) apresentavam sintomas depressivos significativos, baixa auto eficácia, sentimentos de solidão e uma rede social menor, do que os pares com acuidade auditiva normal. Chou & Chi (2004 com o objectivo de compararem o impacto da perda de visão e da audição bem como da dupla perda sensorial na depressão, numa amostra constituída por idosos chineses com 60 e mais anos (n=2.003), concluíram que o impacto da incapacidade visual no bem-estar psicológico dos mesmos era mais robusto do que o da incapacidade auditiva, sugerindo que as mesmas eram factores de risco que deveriam ser consideradas pelos

profissionais dos cuidados de saúde primários, ao nível das intervenções preventivas e terapêuticas dirigidas ao bem-estar psicológico.

Uma das conclusões que retiramos da pesquisa bibliográfica efectuada, é a de que os determinantes da saúde mental são múltiplos e de natureza variada, exercendo a sua influência positiva (protectora) ou de risco, através de processos ainda não totalmente objectivados no presente.

Os factores contemplados como determinantes da saúde mental positiva não são necessariamente distintos daqueles que “pesam” na ocorrência de perturbações psicológicas e mentais, evidenciadas através de sintomas, síndromes ou desordens específicas. O modo como diferentes factores actuam não está totalmente clarificado, sabendo-se, no entanto, que a presença dos mesmos, em certas circunstâncias, determina que a situação seja de maior ou de menor risco. Nas pessoas idosas, à semelhança do que acontece noutros estádios do ciclo de vida, a concomitância de vários factores protectores pode potenciar a existência de uma saúde mental positiva, ou contrariamente, a presença de múltiplos factores de risco, pode facilitar o desequilíbrio e o surgimento de perturbações mentais.

No caso específico da saúde mental dos idosos, os sintomas e as perturbações depressivas emergem na literatura com diferentes prevalências, sendo todavia, consideráveis as referências à necessidade de serem providenciadas respostas adequadas ao nível do tratamento e que minorem as consequências mais nefastas associadas a evoluções negativas das mesmas, nomeadamente mortalidade aumentada e os suicídios. Na actualidade e em resultado do trabalho realizado no âmbito do *Eurodep*, conhecem-se procedimentos breves e harmonizados bem como existem instrumentos para identificação dos sintomas e perturbações depressivas (Prince et al., 1999b) que são confiáveis para aplicação em diferentes culturas.

Estas são indubitavelmente mais valias, advindas do investimento científico realizado nas últimas décadas, que deverão ser utilizadas no aperfeiçoamento e na melhoria da qualidade dos cuidados e das respostas facultadas à população idosa, que se pretendem atempadas, a fim de serem diminuídas as consequências mais deletérias das perturbações mentais.

Não sendo objectivo deste estudo concluir sobre as causas das perturbações mais frequentemente identificadas na saúde mental dos idosos, apesar da importância do aprofundamento do conhecimento nessa vertente, era objectivo do mesmo contribuir para aclarar as relações existentes entre

diferentes factores pessoais e do meio ambiente com o qual as pessoas idosas interagem, com a saúde mental que apresentam.

Ao determinar a influência dos diversos factores estudados na melhor ou pior saúde mental, poder-se-á inferir sobre a necessidade de actuar sobre os mesmos, promovendo-os e/ou atenuando-os, consoante sejam mais protectores ou de risco, numa óptica interventora que dê prioridade à promoção da saúde mental e à prevenção, enquanto estratégias que minimizam os custos decorrentes de mais pessoas idosas sofrerem perturbações mentais. Conferem-se desse modo maiores oportunidades para que vivam mais autónomas e desfrutem da satisfação de permanecerem mentalmente saudáveis, usufruindo de uma melhor qualidade de vida.

1. 3. Promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais

As perspectivas mais actuais enfatizam a importância de serem assumidas pelos países políticas promotoras do bem-estar e da saúde mental e que simultaneamente considerem a oportunidade da assunção da prevenção das desordens mentais.

A OMS (2005b) e o Conselho Europeu (2005) consideram os idosos como um grupo de intervenção prioritário, do ponto de vista da promoção, prevenção e intervenção, no que à saúde mental se reporta. Vários documentos estratégicos e orientadores têm sido produzidos nos últimos anos por organismos mundiais e europeus (e. g. OMS, Conselho Europeu e Comissão Europeia), enfatizando a necessidade dos diferentes países definirem políticas e adoptarem planos estratégicos, promotores da saúde mental das populações. Entre outros, referimos pela sua importância, a Declaração para a Saúde Mental da Europa (OMS, 2005a) e o Plano de Acção da Saúde Mental para a Europa (OMS, 2005b), os quais contemplam várias prioridades para a intervenção na área da saúde mental, nomeadamente, o aumento do conhecimento e atenção sobre a importância do bem-estar mental; a redução do estigma, discriminação e desigualdades, conferindo mais poder e suporte às pessoas com problemas de saúde mental; a concepção e implementação de sistemas de saúde mental compreensivos, eficientes e integrados, que contemplem a promoção, prevenção, tratamento e a reabilitação; a necessidade de existir uma “força de trabalho” (*Workforce*) efectiva nesta área, bem como, o reconhecimento da experiência e do

conhecimento dos utilizadores e dos cuidadores como importantes no planeamento e desenvolvimento dos serviços.

Das doze áreas contempladas no Plano de Acção para a Europa, destacamos as referentes à promoção do bem-estar mental para todos, onde é feita referência à necessidade de aumentar o acesso dos idosos a dietas saudáveis e à actividade física, bem como, a relativa à promoção de actividades direccionadas aos estádios da vida mais vulneráveis, da qual constam as seguintes acções:

1. Assegurar que as políticas de saúde mental incluam as prioridades de saúde mental e de bem-estar das crianças, adolescentes e pessoas idosas;
2. Incorporar os direitos internacionais das crianças, adolescentes e pessoas idosas na legislação de saúde mental;
3. Envolver o mais possível as pessoas jovens e as pessoas idosas nos processos de decisão;
4. Colocar atenção especial nos grupos marginalizados, incluindo crianças e pessoas idosas de famílias de emigrantes;
5. Desenvolver serviços de saúde mental sensíveis às necessidades dos jovens e das pessoas idosas, que operem em colaboração estreita com as famílias, escolas, centros de dia, vizinhos, famílias extensas e amigos;
6. Promover o desenvolvimento na comunidade de centros para pessoas idosas, que aumentem o suporte social e o acesso às intervenções;
7. Assegurar que serviços de saúde mental sensíveis à idade e género são providenciados quer pelos cuidados de saúde primários quer pelos serviços especializados da saúde e sociais, e, que os mesmos, operam em rede;
8. Restringir abordagens institucionais para crianças, adolescentes e pessoas idosas que promovem a exclusão social e o abandono e negligência;
9. Aumentar a qualidade de serviços de saúde mental estabelecendo e promovendo a capacidade para intervenções e cuidados especializados na infância, adolescência e idade avançada, formando o adequado número de especialistas e afectando-os aos serviços;
10. Assegurar a igualdade de fundos comparativamente aos restantes serviços de saúde,

e ainda, às áreas referentes à prevenção dos problemas de saúde mental e do suicídio, nomeadamente, aumentando o conhecimento das prevalências, sintomas e possibilidade de tratamento do stresse ameaçador, da ansiedade, da depressão, em grupos de risco referenciados, através de programas preventivos, bem como, assegurando o acesso a bons cuidados de saúde primários, direccionados aos problemas de saúde mental, de modo a aumentar a capacidade para prevenir e tratar os problemas de saúde mental incluindo a depressão, a ansiedade, as desordens relacionadas com o stresse entre outras.

A OMS (1998) definiu a promoção da saúde como acção de defesa que visa atingir a totalidade do grupo dos determinantes de saúde potencialmente modificáveis. Frequentemente reporta-se à saúde mental positiva, considerando-a um recurso, um valor, um direito essencial para o desenvolvimento social e económico. As intervenções de promoção da saúde mental variam na perspectiva e incluem estratégias para promover o bem-estar daqueles que não estão em risco, daqueles que estão em risco aumentado, e ainda, dos que sofrem ou estão a restabelecer-se de um problema de saúde mental.

A promoção da saúde e a prevenção são necessariamente actividades relacionadas e sobreponíveis. A prevenção das desordens mentais pode, em última instância, considerar-se uma das metas e dos resultados de uma estratégia abrangente de promoção da saúde mental. A promoção da saúde é algumas vezes utilizada como um conceito “guarda-chuva” que cobre também actividades mais específicas de prevenção.

Lahtinen et al. (1999) referem-se à promoção da saúde mental como uma estratégia compreensiva e um conjunto de actividades positivas direccionadas ao aumento da visibilidade e do valor atribuído pelas sociedades, diferentes sectores das mesmas e pelos indivíduos, à saúde mental. Direcção-se também à protecção, manutenção e ao aumento da saúde mental. A promoção da saúde mental coloca uma ênfase especial na participação, no *empowerment* e na cooperação intersectorial. Porque a saúde mental é parcialmente determinada culturalmente, as aproximações, os métodos e as ferramentas usadas na promoção devem ser ajustados aos contextos desenvolvimentistas, considerar as idades, a cultura e o género. A promoção da saúde pode e deve ser trabalhada aos diferentes níveis: individual, interaccional, estrutural e cultural.

A doença, no âmbito da saúde mental, concerne aos problemas de saúde mental, sintomas e desordens, incluindo constrangimentos e sintomas relacionados com *distress* temporário ou persistente. As intervenções preventivas

focalizam-se na redução dos factores de risco e no aumento dos factores de protecção que se relacionam com a doença mental. A prevenção visa reduzir a incidência, a prevalência e a recorrência das desordens mentais, o tempo de duração dos sintomas ou as condições de risco para a doença mental, prevenindo ou atrasando recorrências e diminuindo o impacto da doença na pessoa afectada, nas famílias e na sociedade. É um processo que deve mobilizar os diferentes recursos locais, estatais, nacionais e internacionais, para resolver os problemas maiores de saúde, que afectam as comunidades (Lehtinen, Riikonen, & Lahtinen, 1997).

Existem alguns objectivos centrais relacionados com a promoção da saúde mental das pessoas idosas bem como com a prevenção das desordens mentais:

- Melhorar a saúde das pessoas idosas incluindo daquelas que têm doenças crónicas;
- Diminuir a discriminação das populações idosas;
- Aumentar a aprovação, aderência e concordância, da legislação e políticas que promovam a saúde e o bem-estar nas pessoas idosas.

São propostas pela Comissão Europeia (2005) para promover a saúde mental dos idosos as seguintes acções:

- Assegurar a implementação de convenções dos direitos humanos e dos instrumentos que combatam a discriminação das pessoas idosas;
- Assegurar mecanismos que encorajem os idosos a prosseguir, contribuindo do ponto de vista social, cultural, económico e político, para a sociedade e para os processos de tomada de decisão, por exemplo através do voluntariado, participação comunitária e integração intergeracional;
- Envolver o sector educativo para modernizar o sistema educativo promovendo a aprendizagem ao longo da vida, incluindo a literacia;
- Envolver o sector laboral para promoção de oportunidades de emprego para os idosos e para encorajamento dos trabalhadores com idades mais avançadas a permanecerem na força activa do trabalho;
- Envolver os outros sectores para habilitar aqueles que têm incapacidades para participarem inteiramente na vida comunitária;
- Desenvolver uma política de bem-estar social e de saúde que assegure que as pessoas idosas tenham acesso aos cuidados de saúde e os benefícios sociais, especialmente aqueles com baixos recursos económicos;

- Desenvolver uma rede de suporte social, programas baseados na comunidade e centros recreativos, para pessoas idosas, incluindo os emigrantes;
- Implementar intervenções como exercícios aeróbicos, *tai-chi* ou outras formas de actividade física para as pessoas idosas;
- Envolver o sector da saúde e os serviços sociais para providenciarem ajudas auditivas, cirurgia às cataratas e outras intervenções de suporte que evitem o isolamento social;
- Implementar programas de rastreio e intervenção nos factores de risco cardiovasculares, como pressão sanguínea elevada e na redução do risco de demência de causa vascular;
- Assegurar a implementação de legislação relativa à segurança na estrada, para redução dos traumas crânio cerebrais na vida precoce.

Estudos epidemiológicos recentes (Pientka, 2007) mostraram que a idade e vulnerabilidade não são propriamente sinónimos e que uma grande proporção de pessoas mais idosas têm potenciais para desenvolver. Torna-se, por isso, crucial, promover o bem-estar funcional (quer no âmbito físico quer mental) deste grupo populacional.

Numa lógica de valorização da promoção da saúde mental e do bem-estar nas pessoas idosas, bem como da prevenção das perturbações mentais, no Reino Unido, em 2003, foi realizado um Inquérito à população idosa sobre a saúde mental e o bem-estar na idade tardia. O primeiro relatório denominado *“Promoting mental health and well-being in later life”* foi publicado em 2006, e o segundo relatório intitulado *“Improving services and support for older people with mental health problems”* surgiu em 2007. No primeiro, entre outros aspectos, é referido que os problemas de saúde mental não são uma parte normal e inevitável do processo de envelhecimento. A maioria das pessoas idosas apresenta boa saúde mental e faculta contributos valiosos à sociedade. No relatório, salienta-se que a promoção da saúde mental e do bem-estar dos idosos beneficia toda a sociedade através dos contributos sociais e económicos dos mesmos, minimiza os custos decorrentes da necessidade de cuidados e possibilita o aumento da qualidade de vida do ponto de vista individual e colectivo. A evidência acerca dos factores que afectam a saúde mental tem aumentado. As diferentes actividades para promover uma saúde mental positiva dos idosos, deverão ser integradas no desenvolvimento das políticas e práticas de âmbito local e nacional. São consideradas áreas chave com influencia na saúde

mental e no bem-estar das pessoas idosas: a discriminação, a participação em actividades agradáveis, os relacionamentos, a saúde física e a pobreza, face às quais as várias entidades e serviços comunitários deverão ser activos, para promover as mudanças necessárias. No segundo relatório é abordada a prevenção que é considerada uma prioridade. Sublinha-se no documento que há uma forte evidência de que a prevenção de muitos problemas de saúde mental pode ser eficaz nas pessoas com idades avançadas, que os factores de risco para a depressão da idade tardia são bem conhecidos e que as acções preventivas são importantes e necessárias a nível individual, comunitário e sistémico. De acordo com os resultados do inquérito é mencionado que as pessoas idosas identificaram a ausência de discriminação, a participação activa, os relacionamentos positivos, a saúde física e um rendimento adequado como factores importantes para a saúde mental e bem-estar bem como para prevenir os problemas relacionados com os mesmos. Para além destes factores os inquiridos valorizaram também, o suporte facultado pelos serviços, que possibilitam que continuem a viver nas suas próprias casas e a realizar as actividades diárias.

São efectuadas um conjunto de recomendações direccionadas à prevenção dos problemas de saúde mental, as quais destacamos:

1. construir um base de evidência afectando as verbas necessárias para a prevenção;
2. modificar a atitude derrotista contribuindo para que na sociedade as pessoas reconheçam a prevenção dos problemas de saúde mental das pessoas idosas como possível;
3. reconhecer a diversidade dos problemas de saúde mental reconhecendo que a prevenção é mais viável para alguns problemas do que para outros;
4. aumentar o suporte social e reduzir o isolamento social através de intervenções abrangentes na sociedade;
5. priorizar as pessoas idosas nas diferentes estratégias preventivas definidas (e. g. abuso de substâncias psicoactivas, suicídio);
6. desenvolver programas alargados de saúde pública que considerem os factores de risco para a depressão, a ansiedade, incluindo rastreios periódicos às dificuldades de visão e auditivas, reduzindo o impacto da incapacidade e das doenças, oferecendo aconselhamento e ajuda no desenvolvimento de novas competências pelas pessoas idosas;
7. desenvolver abordagens alargadas para prevenir o delirium em caso de hospitalização;

8. promover o viver saudável desde uma idade precoce para reduzir os factores de risco de demência e de abuso de substâncias psicoactivas;
9. apoiar a investigação na prevenção da abuso de substâncias ilícitas em idades tardias.

A necessidade de se perspectivarem intervenções preventivas da doença mental releva os factores de protecção e os factores de risco enquanto condições que podem, respectivamente, aumentar ou diminuir a resistência para as doenças mentais. Estes factores podem ser mais genéricos ou específicos (OMS, 2004a). No caso concreto dos factores de risco, os genéricos são comuns a diversas doenças mentais. Os factores específicos estão relacionados com o desenvolvimento de uma desordem ou perturbação particular.

Como anteriormente referimos relativamente às pessoas idosas, factores de natureza diversa, têm sido investigados quanto à possibilidade de serem protectores ou de risco específico para determinadas perturbações. Alguns dos factores estudados são intrínsecos à pessoa, outros porém, são factores externos à mesma, mas podem, todavia, influenciar o modo como ocorre a adaptação no decurso do envelhecimento.

Em Portugal quer o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 quer o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010), consideram a saúde mental, um dos sectores prioritários, definindo estratégias e delineando objectivos que deverão ser atingidos até 2010. O Plano Nacional de Saúde mental 2007-2016, engloba a população idosa nos grupos considerados de risco. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, cujo horizonte temporal se reporta a 2010, tem como objectivo geral “obter ganhos em anos de vida com independência”. Do mesmo consta o seguinte:

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela prevalência, entidades clínicas como a depressão, bem como os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas (Programa Nacional das Pessoas Idosas, 2004, p.7).

Moreira & Melo (2005), referindo-se à intervenção preventiva com as pessoas idosas numa perspectiva desenvolvimental, salientam que as principais tarefas a ter em conta são: a reforma, a necessidade de lidar com o

envelhecimento e a doença, a prestação de cuidados ao cônjuge doente e a inevitabilidade de lidar com a morte do cônjuge e dos pares. Identificam como principais factores de risco a perda da relação conjugal ou viuvez, a doença crónica, o isolamento e a rejeição social e a perda de papéis sociais significativos. Os factores protectores que podem equilibrar o percurso evolutivo dos idosos reportam-se ao apoio social e às oportunidades de assunção de novos papéis sociais produtivos e gratificantes. Na opinião dos autores, os principais objectivos a atingir são a promoção de novas formas ajustadas para lidar com o luto e a viuvez bem como a prevenção da depressão. O apoio social e emocional, a promoção da autonomia, a interacção e o envolvimento social, oportunidades de formação, de assunção de outros papéis e de participação são estratégias de acção que podem contribuir para que os objectivos previstos sejam alcançados.

A promoção da saúde e de um envelhecimento com sucesso e mentalmente saudável bem como a prevenção das doenças e das incapacidades são desafios fundamentais para as sociedades, nas quais o número de pessoas idosas tem progressivamente aumentado (Fernández-Ballesteros, Caprara & García, 2005; OMS, 2004a). Diferentes tipos de intervenções e programas têm sido usados com sucesso: universais, selectivos e indicados. Intervenções através do exercício e do aumento do suporte social são exemplo de estratégias universais. Ao nível da prevenção selectiva e indicada, encontram-se intervenções e programas que contemplam a educação dos idosos com problemas de saúde e dos seus cuidadores (Arca, 2007; Brito, 2002; Laje, 2005; Martin et al., 2007), sobre métodos específicos para lidarem com a doença e suas consequências, rastreios precoces em cuidados de saúde primários e programas que utilizam técnicas de revisão de vida.

Fernández-Ballesteros (1998) assinalou um conjunto de manifestações patológicas frequentes nos idosos que podem ser modificadas por adequados estilos de vida e realçou a importância da prevenção e promoção da saúde no envelhecimento. Recomendava então,

- Contra o desajustamento físico: actividade,
- Contra a pressão arterial desadequada: exercício físico e dieta,
- Contra o declive intelectual: usar novas estratégias,
- Contra o tempo de reacção lento: exercício,
- Contra o isolamento: socialização,
- Contra a depressão: procura de actividades agradáveis,

entre um vasto conjunto de estratégias possíveis de prevenção e compensação. Fernández-Ballasteros, Caprara & Garcia (2005) têm coordenado o desenvolvimento de um programa “*Vivir com vitalidad*”, dirigido à população idosa, cujos principais objectivos são a promoção de um envelhecimento satisfatório, através da transmissão de conhecimentos sobre o envelhecer bem e que favorece também a aprendizagem de comportamentos saudáveis e adaptativos. O mesmo poderá ser assumido no âmbito das estratégias que se consideram necessárias à promoção do bem-estar físico e psicológico.

A actividade e os exercícios físicos bem como actividades e programas específicos de relaxamento como por exemplo o *tai-chi* (Adler & Roberts, 2006; Morris, 2006) apresentam-se também como estratégias para promover o bem-estar e a saúde das pessoas com idades mais avançadas.

Mais recentemente, certos estudos evidenciaram a importância da prevenção para evitar o aumento da pressão arterial e níveis elevados de colesterol, bem como, da prevenção de traumatismos crânio encefálicos para reduzir o risco de demência (OMS, 2004a).

O apoio social (Martin et al., 2007; Martin, 2007), a interacção, o envolvimento e a participação dos idosos na sociedade, implicando a assunção de novos e criativos papeis (Cid & Dapta, 2007; Greaves & Farbus, 2006; Vallespir & Morey, 2007) e oportunidades de formação (Martin, Guedes, Gonçalves & Pinto, 2007; Osório, Rumbo & Cid, 2007), são igualmente promotores do envelhecimento saudável e bem sucedido.

Na actualidade, a identificação dos factores protectores ou de risco para as perturbações depressivas, bem como o reconhecimento dos mecanismos através dos quais actuam, possibilita que se antecipem e equacionem intervenções preventivas com carácter específico, de todo fundamentais para a redução efectiva da sua incidência (Cole & Dendukuri, 2003; Jané-Llopis, Hosman, Jenkis & Anderson, 2003; OMS, 2001, 2004a).

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas aumentam a longevidade e melhoram a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está de facto provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma intervenção concertada, de todos os actores da sociedade para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo do álcool, a cessação ou redução do consumo do tabaco, a prática regular da actividade física e o controlo dos

factores de stress. (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004, p.7).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas visa, fundamentalmente, a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas e enfatiza a importância de uma estratégia nacional, regional e local, assente na integração de medidas passíveis de serem implementadas nos variados sectores (saúde, educação, segurança social e trabalho, economia, justiça, turismo, cultura entre outros) envolvidos na promoção de um envelhecimento activo. Em Portugal, a patologia crónica múltipla, a poli medicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional são factores que condicionam a saúde, a autonomia e independência da população idosa, bem como o bem-estar e saúde mental dos mesmos. Na RAM, alguns destes factores também prevalecem e influenciam a saúde e qualidade de vida dos idosos. Pretende-se promover o envelhecimento saudável e a saúde mental, evitando-se os problemas que limitam a autonomia e a vida dos mesmos. No presente é possível fazê-lo.

Os três pilares em que assenta o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas são:

- Promoção de um envelhecimento activo ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes que estimulem a autonomia e a independência das pessoas idosas.

Aquele, prevê também, que seja facultada uma atenção particular aos idosos em situações de maior vulnerabilidade.

Nas recomendações para a acção, entre outras, na que concerne à adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas, consta que será importante:

1. A identificação:
 - dos determinantes da saúde da população idosa;
 - das dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde;
2. O rastreio de critérios de fragilidade, através do exame periódico de saúde,
3. A informação à população idosa e famílias sobre:

- abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e sócio familiares;
- abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre prevenção da depressão e do luto patológico.

O programa visa ainda contribuir para a consolidação de um pensamento estratégico capaz de induzir mudança e inovação no sistema de saúde, ser orientador de boas práticas e gerar sinergias entre os vários sectores ligados à intervenção de modo a promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas.

Também em Portugal, no relatório do grupo de estudos sobre saúde mental no envelhecimento e pessoas idosas, consta como importante:

O estabelecimento de um plano de acção para o envelhecimento e pessoas idosas, no âmbito da saúde mental, concertado entre os cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, de diagnóstico, tratamento e reabilitação. A melhoria da saúde mental no envelhecimento traduz-se num indiscutível benefício ao nível das consequências estimadas para os diferentes sectores da sociedade civil (laboral, económico, cultural e comunitário) (Relatório sobre saúde mental no envelhecimento, 2005, p.7).

De acordo com o mesmo, o centro de saúde é a estrutura de base na qual deve assentar o sistema de prestação de cuidados de saúde mental aos idosos. Os profissionais de saúde que ali actuam, deverão facultar àqueles e às famílias os apoios necessários, nomeadamente, a informação adequada sobre a situação de saúde que o idoso apresenta, bem como sobre os recursos disponíveis e a quem podem recorrer de acordo com as necessidades.

É imprescindível que os profissionais que actuam nesta área detenham a formação adequada não só do ponto de vista científico, mas também do ponto de vista humano, à qual devem presidir princípios e valores éticos, que salvaguardem o respeito pela pessoa idosa, bem como a sua dignidade.

Mais especificamente em relação à depressão, no documento publicado pela Comissão Europeia (2004b) “*Actions Against Depression. Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression*”, era referido que as acções contra a depressão requerem intervenções a vários níveis: no sector social e da saúde e na sociedade mais ampla. A meta traçada para combater a depressão não pode ser vista isoladamente, mas deve ser considerada como um elemento chave de uma

estratégia para promover o bem-estar. Agir no combate à depressão ajudará a prevenir e a identificar outros problemas de saúde mental e da saúde em geral. Focadas na promoção e na prevenção, uma estratégia compreensiva nacional e estratégias locais, são necessárias e devem contemplar actuações precoces ao nível do tratamento e da reabilitação da depressão.

Como objectivos principais ao nível da prevenção e das políticas de combate à depressão, foram delineados os seguintes objectivos principais:

- Aumentar o conhecimento das mudanças e dos benefícios para a saúde, sociais e económicos, da prevenção e da promoção em todos os grupos populacionais;
- Implementar de forma abrangente iniciativas comunitárias para a redução do estigma associado aos problemas de saúde mental;
- Incorporar a promoção da saúde mental nas políticas europeias, nacionais e locais, seguidas do desenvolvimento de estratégias locais, baseadas na evidência e na implementação de planos de combate à depressão, que considerem questões como custo-eficácia, equidade, valores individuais e éticos;
- Aceitação pelos profissionais e por aqueles com experiência de utilização dos serviços, das estratégias recomendadas e da necessidade de aumentar a coordenação de acções;
- Reconhecimento pelos empregadores das vantagens de um ambiente de trabalho flexível e apropriado para manter e facilitar o retorno dos indivíduos ao emprego, reduzir o absentismo, o desemprego e a reforma antecipada ou o recurso a pensões de invalidez.

Os objectivos definidos visando obter maior impacto são referidos seguidamente:

- Fortalecer a legislação para reduzir a discriminação e promover a inclusão social em todos os contextos, incluindo no local de trabalho, em casa, na escola, nos locais de recreação e lazer;
- Conferir poder (*empowering*) aos indivíduos que têm problemas potenciais com a informação, contribuindo para que tenham uma saúde mental positiva e para que obtenham também informação e recebam suporte apropriado;
- Facilitar o desenvolvimento de planos de promoção da saúde mental locais (incluindo estratégias de prevenção do suicídio), para atingirem os objectivos regionais e nacionais;

- Encorajar o desenvolvimento de parcerias entre os *stakeholders* nos diferentes sectores;
- Aumentar a habilidade dos clínicos gerais e de outros profissionais da “linha da frente” para identificarem a depressão e os problemas relacionados com a mesma;
- Aumentar as ligações entre os cuidados de saúde primários e outros serviços relevantes na orientação, suporte e reforço do bem-estar social, bem como da referência para outros sectores;
- Estabelecer um sistema de monitorização que ajude à medição do sucesso das estratégias de redução da depressão e no aumento da saúde mental positiva;
- Introduzir mecanismos para partilhar a informação e a evidência dentro e entre os países, relacionada com o potencial das estratégias, o seu impacto e o seu custo-eficácia.

A OMS (2004a) referencia como factores de risco maiores para a depressão os distúrbios ou doenças que provocam capacidade reduzida para a realização das actividades da vida diária e o enfraquecimento da rede social.

São recomendadas acções que incluem o aumento do acesso a terapias psicológicas, a promoção de bem-estar na velhice através da prevenção/redução da morbilidade física e da incapacidade e a provisão de ajuda e suporte através de programas específicos para aqueles que se encontrem em situação de crise (e.g. luto).

No relatório resultante do Inquérito à população idosa do Reino Unido “*Improving services and support for older people with mental health problems*” (2007), a depressão e a ansiedade são identificadas como situações relativamente comuns que ocorrem com frequência conjuntamente, nas pessoas idosas. Salientam-se como principais factores de risco para as mesmas, os eventos de vida e as transições como por exemplo a reforma, a doença física, o luto e a morte, admitindo-se que apesar de algumas experiências poderem ser positivas podem também ocasionar perdas, nomeadamente, de rendimentos, na saúde, do papel, do estatuto, de objectivos, de confiança, do sentido sobre o próprio eu, de familiares e de amigos. Para prevenir a depressão e a ansiedade é proposta a redução dos factores de risco identificados (e.g. incapacidade física, limitações sensoriais, isolamento social). É referido que a alimentação saudável e a actividade física protegem contra a depressão em todas as idades e recomendado que sejam realizados rastreios regulares à visão e à audição de modo a evitar os

problemas de comunicação. A rede social deve ser considerada enquanto factor protector contra a depressão, e deverão ser providenciadas intervenções específicas, para evitar o isolamento e a solidão das pessoas idosas. A redução do impacto dos factores de risco deverá ser realizado através da minimização das perdas, para que as pessoas continuem a ter um papel activo na sociedade, realizando actividades que sejam importantes para as próprias, mantendo os seus relacionamentos ou criando novas relações. O suporte na própria casa bem como as ajudas tecnológicas poderão justificar-se. Uma atenção particular deverá ser facultada às pessoas em maior risco de depressão. A formação daqueles que contactam com os idosos sobre o impacto dos acontecimentos de vida como a doença e o luto é fundamental. A preparação para as mudanças previsíveis, o suporte emocional e o aconselhamento bem como a ajuda no desenvolvimento de competências para lidar com novas situações (e. g. perda de um ente querido, cegueira), podem reduzir a ansiedade.

Globalmente, são sublinhados os seguintes aspectos:

1. A saúde mental e o bem-estar na idade avançada são influenciados por factores como a discriminação das pessoas idosas;
2. A depressão e a ansiedade são especialmente prevalentes nas pessoas institucionalizadas
3. A maioria das pessoas idosas apresentam depressão *minor* que é mais favorável do que a depressão *major* a intervenções na comunidade. Uma abordagem de saúde pública dirigida à totalidade da população e não especificamente a cada indivíduo é apropriada. A depressão na idade tardia deve ser reconhecida como um problema de saúde pública e assumida de forma abrangente pela sociedade.

No Portal da Saúde a Direcção Geral de Saúde em Portugal (2007) contemplava um conjunto de orientações relacionadas com a intervenção face à depressão, sinalizando, entre outros factores de risco, o facto das pessoas serem idosas. A prevenção é também referida como a melhor abordagem, sendo realçada a importância da intervenção precoce dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos cuidados de saúde primários, na detecção e minimização dos sintomas e da doença.

Na RAM e no âmbito das políticas sociais e de saúde dirigidas às pessoas idosas, vários programas e apoios específicos têm sido desenvolvidos e facultados. A promoção do bem-estar, da qualidade de vida, da autonomia e da participação, têm sido prioridades contempladas nas metas definidas pelos

organismos responsáveis pelas políticas e programas referidos, nomeadamente a SRAS através do Centro de Segurança Social da Madeira e do SRS E. P. E..

A permanência das pessoas idosas no seu meio natural (família e comunidade) tem sido apoiada, nomeadamente, através de medidas concretas, relacionadas com o apoio domiciliário aos idosos e às famílias, quer na situação de saúde, quer quando são identificadas situações de perda de autonomia.

No âmbito da promoção de práticas de vida saudável, múltiplas iniciativas têm sido realizadas, não só por organismos públicos mas também por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Existem, nos vários concelhos da região, variadas estruturas de apoio aos mais idosos, desde os centros de dia aos centros de convívio e sociais, bem como lares, que proporcionam respostas diversificadas ajustadas às necessidades identificadas. A Rede Regional de Cuidados Continuados aos Idosos (RRCCI), que funciona desde o ano 2004, é no presente uma resposta qualificada (certificada em 2007 pelo *European Foundation for Quality Management* e pelo Instituto Português para a Qualidade na Saúde). Tem como principal objectivo promover a autonomia das pessoas idosas apoiando a sua permanência nas famílias e na comunidade. A RRCCI é uma estrutura constituída por serviços de apoio ao domicílio e com internamento transitório e prolongado, que presta conjuntamente cuidados de saúde e de apoio social, promotores da autonomia dos seus utilizadores.

Verificam-se, no entanto, algumas lacunas nas respostas mais específicas relacionadas com a saúde mental. Saliente-se o facto de não terem sido realizados até ao presente na região estudos epidemiológicos que permitissem determinar as prioridades de intervenção na área em apreço, relativamente à população mais idosa. Não estão determinadas a incidência ou a prevalência das diferentes perturbações que afectam a saúde mental dos que têm mais idade, nem existem respostas mais adaptadas que assegurem um atendimento mais específico e qualificado nesta área e para este grupo populacional em particular.

Quando se constatarem situações de doença, nomeadamente depressão, os cuidados e o tratamento são facultados nos Centros de Saúde ou na consulta de Psiquiatria do SRS E.P.E., no âmbito das consultas gerais para a população adulta. Mais recentemente e com a criação do Departamento de Saúde Mental no SRS E.P.E., o qual será responsável pela elaboração do plano de saúde mental para a região, surgirá a possibilidade de se delinearem metas e objectivos mais específicos orientadores da intervenção dirigida a este grupo populacional.

Programas promotores do bem-estar e de uma saúde mental positiva assim como específicos para a prevenção das perturbações mentais mais frequentemente identificadas nos idosos (nomeadamente da depressão), deverão também ser equacionados. A identificação precoce destas situações, bem como uma maior qualificação das respostas facultadas ao nível do tratamento, poderão contribuir para minimizar as consequências mais deletérias e os custos decorrentes das mesmas.

No que se reporta aos diversos grupos profissionais que deverão integrar as equipas responsáveis pela intervenção quer ao nível dos cuidados de saúde primários quer nos cuidados diferenciados, tanto na comunidade como nas diferentes instituições destinadas à população idosa, deverá ser proporcionada formação específica, de modo a serem assegurados o rigor técnico científico e a qualidade nas intervenções (Costa, 2002, 2005; Martin, 2007). Uma sólida formação humanística e ética deverá ser considerada na formação de todos aqueles que apoiem os idosos, bem como deverão também ser facultados suporte e apoio adequados às famílias e aos outros cuidadores.

Na região, quer a Escola Superior de Enfermagem da Madeira quer a Universidade da Madeira têm realizado algumas formações específicas neste âmbito.

2. METODOLOGIA

A saúde mental das pessoas idosas foi objecto de estudo nos últimos anos, em várias regiões e países e sob várias perspectivas, as quais evidenciaram a necessidade da identificação, da mensuração e de um conhecimento mais objectivo das suas diferentes manifestações neste grupo populacional e também dos factores que lhe estão associados, quer positiva quer negativamente.

A evidência de que existem situações mais favoráveis à saúde mental e ao bem-estar no envelhecimento, bem como, contrariamente, outras mais negativas e desfavoráveis, sublinham a importância das mesmas terem sido avaliadas nos idosos, residentes na RAM, quer as mais positivas, quer aquelas em que se evidenciavam sintomas ou disfunções. Os custos decorrentes da ocorrência das perturbações da saúde mental, a magnitude das mesmas na população idosa com sessenta e cinco e mais anos, assim como a constatação de que podem ser planificadas e implementadas medidas e programas promotores da saúde mental e preventivos das disfunções na mesma (e.g. *distress* psicológico e depressão), conferem todo o interesse, pertinência e oportunidade à investigação realizada. Esta consistiu num estudo transversal, de natureza psicossocial que teve como objectivos primordiais caracterizar do ponto de vista da saúde mental a população idosa da RAM e determinar em que medida certos factores pessoais e do meio ambiente contribuíam para a promoção ou dificultavam os processos adaptativos e a saúde mental.

A pesquisa foi dividida em duas partes: um estudo piloto e um estudo principal, concretizados sequencialmente.

2. 1. Estudo piloto

A sua concretização teve como objectivos validar o protocolo de investigação e estimar o tamanho e constituição da amostra para o estudo principal.

Atendendo ao racional subjacente à investigação e aos objectivos delineados, elaborou-se um protocolo, que foi submetido a validação (anexo nº 1.).

Previamente, referiu-se que, na RAM, nunca foram realizados estudos relativos à saúde mental dos idosos, quer nas suas componentes mais positivas, quer nas mais negativas, pelo que a selecção das variáveis a medir (estudar) foi baseada no racional e nos resultados provenientes de outras pesquisas com objectivos semelhantes.

Em Portugal já foram efectuados variados estudos sobre o construto em apreço, nomeadamente em idosos residentes na comunidade, que permitiram não só estimar prevalências de depressão mas também identificar a existência de sintomas depressivos, os quais, por si próprios, ocasionam sofrimento e perturbam a adaptação daqueles que os sofrem às diferentes circunstâncias de vida. Nas pesquisas efectuadas foram igualmente estudados alguns factores, endógenos e exógenos aos idosos, relativamente à sua influência positiva ou negativa na saúde mental (Barreto, 1984; Costa, 2005; Novo, 2003; Paúl, 1993).

2. 1. 1. Objectivos

O estudo piloto teve como objectivos validar o protocolo de investigação definido, avaliando a adaptação e aceitabilidade do mesmo pela população idosa e estimar, com maior precisão, o tamanho e a composição da amostra para o estudo principal.

2. 1. 2. Caracterização sócio-demográfica da RAM

A RAM é uma ilha com 245011 habitantes, de acordo com o relatório dos Censos 2001. Destes cerca de 33578 têm sessenta e cinco e mais anos, o que representa 13,7 % da população residente total. A esperança de vida, de acordo com o Plano Regional de Saúde 2004-2010, tem aumentado na RAM, acompanhando a tendência do país e da Europa. Para os indivíduos do género masculino situava-se em 1998/1999 nos 68,4 anos e para o género feminino nos 77,7 anos. A esperança de vida à nascença era de 73,3 anos em 1999.

O índice de envelhecimento situava-se em 71,6% em 2001, comparativamente a 1991 em que era de apenas 47, 4% (Plano Regional de Saúde 2004-2010). De acordo com as Estatísticas demográficas da RAM 2005 da Direcção Regional de Estatística da Madeira, o índice de envelhecimento por município em 2005 era elevado, sobretudo nos concelhos situados a norte da ilha (anexo nº 2.).

A RAM possui onze concelhos sendo o do Funchal aquele onde residia aproximadamente 42,4% da população. Os idosos (com sessenta e cinco e mais anos) distribuíam-se pelos vários concelhos conforme consta da tabela nº 1.

Tabela nº 1. Distribuição da população com 65 e mais anos pelos concelhos da RAM por género

Concelhos	Género				Totais	
	M	%	F	%	Nº	%
Calheta	979	2,9	1552	4,6	2531	7,5
Câmara de Lobos	1138	3,4	1910	5,7	3048	9,1
Funchal	5336	15,9	9190	27,4	14526	43,3
Machico	960	2,9	1543	4,6	2503	7,5
Ponta do Sol	510	1,5	895	2,7	1405	4,2
Porto Moniz	270	0,8	412	1,2	682	2,0
Porto Santo	205	0,6	260	0,8	465	1,4
Ribeira Brava	717	2,1	1302	3,9	2019	6,0
Santa Cruz	1280	3,8	2079	6,2	3359	10,0
Santana	706	2,1	1074	3,2	1780	5,3
São Vicente	481	1,4	769	2,3	1260	3,7
Totais	12592	37,4	20986	62,6	33578	100,0

Fonte: Censos 2001: Resultados definitivos

O Funchal é a cidade mais antiga da região e nele residiam cerca de 43,3% das pessoas com 65 e mais anos.

A população da RAM continuava, no entanto, a ser uma das mais jovens de Portugal, existindo em 2001 cerca de 72 idosos com sessenta e cinco e mais anos por cada 100 jovens com idade até 14 anos (Relatório Censos 2001).

O índice de dependência da população idosa aumentou de 17,8% em 1991 para 20,4% em 2001, verificando-se existirem concelhos, nomeadamente os do norte da ilha, onde este índice, era superior (anexo nº 2.).

Do ponto de vista do ensino, em 2001, o ensino primário/básico era o mais representativo na RAM, seguindo-se o ensino preparatório/2º ciclo.

O sector terciário seguido do secundário era, no que se reporta à estrutura de emprego por sector de actividade, o mais significativo (Plano Regional de Saúde 2004-2010).

Relativamente ao tipo de famílias, na RAM predominavam as famílias clássicas, as quais entre 1981 e 2001 aumentaram - de 59195 para 73619 (A família na Madeira em números, 2004). A dimensão média das famílias clássicas

em 2001 era de 3,3 membros, verificando-se também que o número destas famílias, com membros com idade igual ou superior aos sessenta e cinco anos, aumentou desde 1981, em que se situava nas 59195 famílias, até 2001, altura em que eram 73619 as famílias nessa condição.

2. 1. 3. População e Amostra

A população em estudo (anexo nº 3.) compreendeu todos os residentes na RAM com idade ≥ 65 anos, inscritos na base de dados do Cartão do Utente do Serviço Regional de Saúde Empresa Pública Empresarial (SRS E. P. E.) à data da selecção da amostra (Novembro 2004).

Amostra:

Critérios de inclusão considerados:

- Possuir idade superior ou igual a 65 anos
- Residir na comunidade
- Possuir capacidades cognitivas e físicas manifestas que permitissem a comunicação.

A base de dados, a partir da qual foram seleccionadas as pessoas idosas que integraram a amostra, foi a de referenciação para o cartão de utente, pertencente ao SRS E.P.E. O registo de utentes nesta base iniciou-se no ano 2000 e até Outubro de 2004, mês de referência para a selecção da amostra, estavam inscritos naquela 245279 utentes, dos quais 36291 tinham sessenta e cinco ou mais anos (anexo nº 3.). Note-se que estes números são muito aproximados ao número de habitantes registados nos Censos 2001. A opção por esta base deveu-se à impossibilidade de acesso à referenciação dos idosos através da base dos Censos 2001, tornando-se inviável, pelos custos envolvidos, o contacto com os múltiplos agregados existentes na RAM, a fim de serem seleccionadas as pessoas para participarem no estudo. Alternativamente, também foi inviabilizada a referenciação das pessoas idosas através das Juntas de Freguesias.

O acesso à base de dados do cartão de utente foi concedido pelo Exm^o. Conselho de Administração do SRS E.P.E. após obtenção de parecer favorável da Exm^a. Comissão de Ética do mesmo Serviço, à consideração da qual foi colocado o projecto e o protocolo de investigação (anexo nº 4.).

Integraram a amostra 88 pessoas idosas, estratificadas por género, idade e por concelhos, extraídas aleatoriamente da base de dados referenciada (foi utilizado o programa informático Excel versão 2003, função *randomized*). Na amostra, 44 pessoas eram do sexo feminino e 44 do sexo masculino, as quais foram seleccionadas por concelhos: 8 pessoas idosas por concelho, de acordo com os estratos definidos para a idade ($\geq 65 - 74$; $\geq 75 - 84$; ≥ 85) e para o género.

Na tabela nº 2. observa-se a distribuição das pessoas idosas na amostra.

Tabela nº 2. Distribuição dos idosos na amostra

Concelhos	Classes etárias						Totais	
	65 a 74		75 a 84		≥85			
	Género						Género	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Calheta	2	2	1	1	1	1	4	4
Câmara de Lobos	2	2	1	1	1	1	4	4
Funchal	2	1	1	1	1	2	4	4
Machico	1	2	2	1	1	1	4	4
Ponta do Sol	1	2	2	1	1	1	4	4
Porto Moniz	2	2	1	1	1	1	4	4
Porto Santo	1	2	2	1	1	1	4	4
Ribeira Brava	1	1	1	2	2	1	4	4
Santa Cruz	1	1	2	2	1	1	4	4
Santana	1	1	2	2	1	1	4	4
São Vicente	1	1	1	1	2	2	4	4
Totais	15	17	16	14	13	13	44	44

2. 1. 4. Variáveis e Instrumentos

Atendendo aos objectivos do estudo, as variáveis englobadas e os instrumentos seleccionados, foram os discriminados seguidamente.

Capacidade cognitiva:

Para determiná-la, avaliando da presença ou não de defeito cognitivo, utilizou-se o *Mini Mental State Examination* (MMSE), questionário desenvolvido por Folstein et al. em 1975, teste amplamente usado a nível mundial (Burns, Lawlor, & Craig, 1999, 2002; McDowell & Newell, 1996). Uma das principais vantagens deste questionário é a sua aplicação ser breve e simplificada. A sua utilização, na versão portuguesa, aferida por Guerreiro et al. em 1994, é recomendada para rastreio de defeito cognitivo, pelo Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências. Este teste avalia cinco dimensões cognitivas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem. A pontuação máxima possível é de trinta pontos e resulta do somatório linear das pontuações parcelares obtidas nas diversas dimensões (um ponto obtido por cada resposta certa).

Foi o primeiro instrumento a ser aplicado no decurso da entrevista aos idosos, diferenciando-os de acordo com o nível de escolaridade, relativamente à capacidade cognitiva.

São recomendados, pelos responsáveis pela aferição do teste para a população portuguesa com idade \geq a 40 anos, os pontos de corte conforme se indicam: analfabetos com defeito cognitivo – pontuação \leq 15; com 1 a 11 anos de escolaridade com defeito – pontuação \leq 22; com escolaridade superior a 11 anos com defeito – pontuação \leq 27.

Estes pontos de corte foram considerados relativamente à população em estudo como critérios de inclusão. As pessoas idosas que pontuaram acima dos valores indicados prosseguiram a entrevista; as encontradas em situação contrária foram consideradas com defeito cognitivo.

Variáveis demográficas:

Idade, género, estado civil, situação relativa ao trabalho, escolaridade, concelho de residência. Do questionário para a recolha de dados constam diversas questões relativas a estas variáveis.

Classificação social:

A Classificação Social de *Graffar* criada em 1956 por Graffar é baseada num conjunto de quatro critérios que se reportam à profissão, ao nível de instrução, aos rendimentos auferidos e ao tipo de habitação. Cada um destes critérios é pontuado numa escala de 0 a 5 (tipo *Likert*), obtendo-se a classificação

para cada pessoa através do somatório da pontuação obtida em cada critério. Para pontuar o primeiro critério, bem como o segundo e terceiro, deve-se ter em conta o elemento do casal com maior nível de classificação.

Em função das pontuações obtidas e de acordo com Maia (1995), as classes foram determinadas do seguinte modo: Classe I – alta, de 4 a 7 pontos; Classe II – média alta, de 8 a 10 pontos; Classe III – média, de 11 a 13 pontos; Classe IV – baixa, de 14 a 16 pontos; Classe V – muito baixa, de 17 a 20 pontos.

Percepção relativa ao rendimento:

Solicitou-se aos idosos que se pronunciassem acerca do rendimento auferido. As alternativas de resposta qualificavam-no em excelente, muito bom, bom, razoável ou fraco. Perguntou-se também aos mesmos, caso precisassem de ajuda financeira, a quem recorriam facultando-se várias possibilidades de escolha.

Percepção relativa à habitação:

Solicitou-se aos idosos que se pronunciassem acerca da habitação onde residiam. As alternativas de resposta qualificavam a habitação como excelente, muito boa, boa, razoável ou má.

Rede social:

Foi utilizada a *Lubben Social Network Scale* (LSNS), concebida em 1988, para medir a rede social na população idosa. A escala incorpora dez itens relativos: às relações familiares (três relativos ao tamanho da rede familiar activa, tamanho da rede familiar intima e à frequência dos contactos com a família); aos relacionamentos com os amigos (três); e a outras relações independentes (quatro) como ter um confidente e reciprocidade em oferecer ajuda.

A pontuação total desta escala foi obtida através do somatório de peso igual (0 a 5) atribuído aos dez itens que a compõem variando entre 0 e 50. Segundo Lubben (1988), pontuações de 20 podem ser qualificadas preliminarmente, como pontos de corte abaixo dos quais os idosos deverão ser triados como estando em risco maior de terem redes sociais extremamente limitadas. Este critério foi também adoptado neste estudo.

Percepção de controlo:

As pessoas idosas foram inquiridas relativamente ao controlo que detinham sobre o curso da sua própria vida através de quatro perguntas, com possibilidade de resposta afirmativa ou negativa (sim ou não). As questões foram relativas à sua própria percepção sobre a possibilidade de decidirem os seus actos e de fazerem escolhas pessoais com influência no rumo das suas vidas. Foram ainda questionadas acerca da possível decisão e controlo por outros, sobre a sua pessoa e vida. As respostas foram avaliadas separadamente.

Ocupação do tempo:

De entre um conjunto de dezasseis alternativas, os idosos sinalizaram aquelas ocupações ou actividades realizadas no dia a dia. Estas foram quantificadas individualmente, quando referidas.

Acontecimentos de vida significativos:

Para determinar da ocorrência de acontecimentos de vida significativos no ano prévio, os idosos foram questionados sobre a mesma bem como acerca da influência positiva ou negativa daqueles no seu curso de vida.

Formulou-se também uma questão específica sobre a ocorrência de desgostos no mesmo período.

Autonomia física:

A autonomia física é uma dimensão fundamental da pessoa que interfere com o bem-estar e com a saúde mental. Nos idosos esta dimensão é de suma importância pois estes sofrem com alguma frequência alterações e declínio, no decurso do processo de envelhecimento.

Para medir esta variável foram introduzidas no protocolo da entrevista duas questões:

- uma relativa à capacidade de locomoção, com ajuda ou sem ajuda, dentro e fora da residência (semelhante à formulada por Botelho em 2000, no estudo realizado à população idosa de Lisboa);
- outra referente à percepção dos idosos relativamente à capacidade física para satisfazerem as necessidades diárias e a eventuais limitações que possuíssem. As respostas a estas questões foram consideradas positivas ou negativas, sendo cotadas com 1 ou 0 (primeira questão) e através de uma escala de *Likert* em que as possibilidades de resposta eram: sempre

(1), quase sempre (2), poucas vezes (3), raramente (4), nunca (5) para a segunda questão.

Aplicou-se também o *Katz Índice* (Índice de *Katz*) que permitiu determinar o grau de dependência da pessoa idosa na satisfação das Actividades Básicas da Vida Diária (ABVD, Katz, et al., 1963).

No Índice de *Katz* estão contempladas seis ABVD, face às quais são admitidos níveis diferentes quanto à capacidade que o idoso detém para satisfazê-las, desde o mais autónomo ao dependente em que, sem ajuda de terceiros, o idoso se revela impossibilitado de as satisfazer.

Apresenta-se seguidamente o esquema classificativo definido para o índice em apreço adaptado de Cantera (2000).

Quadro nº 3. Índice de *Katz*

<p>8.2.1 Lavar-se ■ Não recebe ajuda (entra e sai da banheira só, se esta é a sua forma habitual de banhar-se).</p>	<p>■ Recebe ajuda na limpeza de uma parte do corpo apenas.</p>	<p>● Recebe ajuda em mais que uma parte do corpo ou ajuda para entrar ou sair da banheira, não se lava sem ajuda.</p>
<p>8.2.2 Vestir-se ■ Escolhe a roupa e veste-se completamente sem ajuda.</p>	<p>■ Sem ajuda, excepto para atar os sapatos.</p>	<p>● Recebe ajuda para escolher a roupa ou vestir-se ou permanece parcial ou completamente despido.</p>
<p>8.2.3 Usar os sanitários ■ Vai aos sanitários, limpa-se, arranja a roupa sem ajuda (pode usar bengala, andarilho ou cadeira de rodas). Pode usar urinol ou bacio para a noite, despejando-os de manhã.</p>	<p>● Precisa de ajuda para usar os sanitários, limpar-se e arranjar a roupa ou para o uso do urinol pela noite.</p>	<p>● Não vai aos sanitários.</p>
<p>8.2.4 Mobilizar-se ■ Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode apoiar-se em objectos como bengala ou andarilho).</p>	<p>● Entra e sai da cama, senta-se com ajuda.</p>	<p>● Não se levanta da cama.</p>
<p>8.2.5 Controle de esfíncteres ■ Controla completamente ambos os esfíncteres (vesical e anal).</p>	<p>● Incontinência ocasional.</p>	<p>● Necessita de supervisão. Usa sonda vesical ou é incontinente.</p>
<p>8.2.6 Alimentar-se ■ Alimenta-se sem ajuda.</p>	<p>■ Necessita de ajuda apenas para cortar a carne ou para untar o pão.</p>	<p>● Recebe ajuda para comer ou é alimentado parcial ou completamente com sondas ou fluidos intravenosos.</p>

■ Independente (0) ● Dependente (1)

Globalmente, quando as pontuações obtidas pelos idosos variaram entre 0 e 3, os mesmos foram considerados independentes; quando os valores oscilaram entre 4 e 6, foram classificados como dependentes.

As ABVD, reportam-se ao autocuidado e a sua satisfação permite que a pessoa viva com segurança e dignidade. Com alguma frequência, quando esta fica limitada para satisfazê-las, surge a hipótese de institucionalização (Cantera, 2000).

Autonomia instrumental:

Diz respeito à capacidade que a pessoa apresenta para viver com autonomia na sociedade e para relacionar-se com as outras pessoas.

Estas actividades são mais complexas na sua satisfação do que as ABVD e as limitações antecipam, habitualmente, as que ocorrem nestas últimas.

Utilizou-se a *Instrumental Activity of Daily Living* (IADL), da autoria de Lawton & Brody (1969) que avalia a autonomia instrumental das pessoas idosas. A IADL tem sido amplamente utilizada (Burns, Lawlor, & Craig, 1999; McDowell & Newell, 1996). É constituída por oito itens relacionados com um conjunto de tarefas/actividades habituais no dia a dia das pessoas idosas, que apresentam vários níveis de resposta. Adoptou-se a classificação utilizada por Botelho (2000), que se reproduz:

Quadro nº 4. Actividades instrumentais da vida diária

Usar o telefone	0	2	3	
Fazer compras	0	1	3	
Gerir o seu dinheiro	0	2	3	
Tomar medicamentos	0	1	3	
Usar transportes	0	1	2	3
Preparar refeições	0	1	3	
Fazer a lida da casa	0	2	3	
Lavar/ tratar a roupa	0	2	3	

Adaptado de Botelho 2000 (Adaptação de Lawton & Brody 1969)

Pontuação:

0 – ausência de prática ou incapacidade em efectuar a tarefa.

1 – recurso à ajuda de uma ou mais pessoas.

2 – recurso à ajuda ocasional de terceiros.

3 – capaz de efectuar a tarefa sem ajuda.

Classificação:

Dependente em autonomia instrumental – presença de pontuações 0 ou 1

Independente em autonomia instrumental – todas as pontuações 2 ou 3

Segundo Lawton e Brody, as perguntas sobre actividades domésticas não devem ser colocadas aos idosos do género masculino porque não era habitual há alguns anos atrás, os homens ocuparem-se com esse tipo de tarefas. Todavia, alguns autores optam por formulá-las (Botelho, 2000) por considerarem ser importante conhecer o que acontece de facto, ao nível dessas actividades, em ambos os sexos. A maior ou menor autonomia e o recurso a terceiros para satisfação destas actividades podem condicionar o bem-estar e a saúde mental, pelo que se optou também, por questionar os idosos da amostra relativamente às mesmas.

Percepção relacionada com a saúde:

Os idosos foram questionados acerca da percepção que tinham relativamente à sua própria saúde no momento da entrevista, comparativamente à saúde dos idosos com idades semelhantes, e ainda, em relação à saúde que possuíam no ano anterior. Pretendeu-se avaliar a percepção pessoal relacionada com a saúde globalmente (saúde absoluta) e com a saúde relativa (comparada com outros e no tempo). Foram facultadas várias alternativas de resposta ordenadas, em escalas de *Likert*, conforme indicado seguidamente:

Percepção de saúde aquando da entrevista: muito boa (5), boa (4), razoável (3), fraca (2), má (1).

Saúde comparada com a dos outros idosos com idades semelhantes: melhor (4), idêntica (3), pior (2), não sabe (1). Saúde no presente comparada com a que detinham no ano prévio: melhor (4), idêntica (3), pior (2), não sabe (1).

Queixas de saúde ou doenças:

As queixas e doenças nos diferentes aparelhos e sistemas foram sistematizadas de acordo com a Classificação Internacional dos Cuidados Primários (ICPC 1999) (Botelho em 2000 utilizou a mesma classificação, na versão de 1987, no estudo efectuado aos idosos do concelho de Lisboa). As diferentes queixas e doenças foram contabilizadas atendendo à localização das mesmas e posteriormente de forma agrupada, como indicado: ausência de queixas ou doenças, presença de uma queixa, duas ou três queixas, quatro ou cinco queixas e seis ou mais queixas.

Apoios de saúde e sociais:

Objectivaram-se os diferentes tipos de suportes questionando as pessoas idosas sobre o facto de os auferirem ou não, bem como, questionando-as relativamente à natureza dos apoios recebidos.

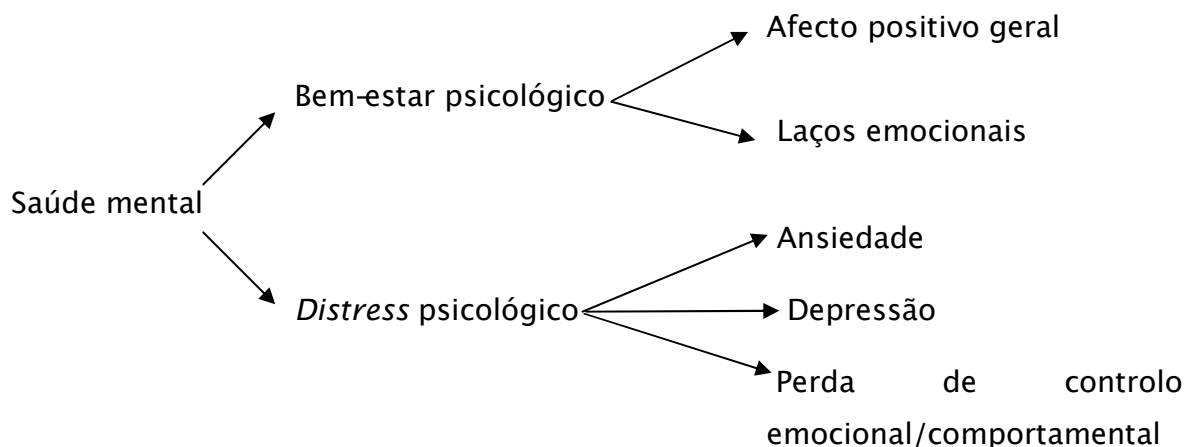
Os idosos foram também inquiridos sobre a possibilidade de estarem medicados.

Saúde Mental:

Esta variável endógena foi avaliada através da aplicação do *Mental Health Inventory* (MHI) desenvolvido por Veit & Ware em 1983, no âmbito do *Health Insurance Study* realizado pela *Rand Corporation*, na versão adaptada em Portugal, por Ribeiro em 2000.

Segundo Veit & Ware (1983), apesar do MHI ter sido concebido para um estudo em particular que envolveu cerca de 5089 americanos residentes em seis zonas diferentes dos EUA no âmbito da investigação epidemiológica, o racional que subjaz ao seu desenvolvimento e os resultados relacionados com as dimensões de saúde mental são eficientes para conceptualizar e medir noutros estudos a saúde mental da população em geral.

Baseados em análises factoriais exploratórias e confirmatórias, os autores apresentam o seguinte modelo estrutural para o MHI:



Veit & Ware (1983), reportando-se às características psicométricas do MHI, referem ter encontrado para a consistência interna valores mais que satisfatórios, em todas as comparações efectuadas entre escalas, de 0,83 a 0,91, nas escalas com cinco factores e entre 0,92 e 0,96, nas escalas baseadas em dois factores e a escala total

O inventário, na versão original e adaptada em Portugal a uma amostra composta por 609 estudantes com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos (Ribeiro, 2000), engloba trinta e oito itens, de resposta ordinal de cinco ou seis posições que se agrupam nas cinco dimensões, três negativas e duas positivas, as quais podem, por sua vez, agrupar-se em duas dimensões, uma positiva e uma negativa, que agrupadas formam o construto saúde mental.

A pontuação total do instrumento resulta do somatório dos valores brutos dos itens que o compõem. Alguns itens têm pontuações invertidas (anexo nº 5.) Pontuações mais elevadas correspondem a melhor saúde mental.

Ribeiro (2000), afirma que a versão portuguesa do MHI apresenta características semelhantes às da versão original, podendo ser utilizada com a mesma propriedade. Do ponto de vista da fiabilidade avaliada através da consistência interna de cada uma das dimensões da escala e da escala total, os valores encontrados foram satisfatórios a elevados: *Alpha de Cronbach* 0,80. O MHI tem sido utilizado noutros estudos e existem versões reduzidas do instrumento, nomeadamente uma versão de cinco itens (*European Commission*, 2004; McDewell & Newell, 1996).

2. 1. 5. Procedimentos

Solicitou-se ao Conselho de Administração do SRS E.P.E. a colaboração das Sr^{as}. Enfermeiras dos Centros de Saúde da RAM no trabalho de campo, nomeadamente na realização das entrevistas às pessoas idosas.

O contacto e a realização das entrevistas às pessoas idosas exigiam sensibilidade e o facto das Sr^{as}. Enfermeiras serem detentoras de formação na área da saúde, bem como a proximidade geográfica dos centros de saúde das populações, suscitou que se considerasse a oportunidade e a adequação de serem as entrevistadoras (anexo nº 6. Carta dos centros de saúde).

Por outro lado, pressupondo que a realização das entrevistas permitiria caracterizar as pessoas idosas da RAM no que se refere à saúde mental, o envolvimento destas profissionais no estudo em apreço constituiria um factor de motivação para a planificação e implementação, à posteriori, de planos de trabalho que incorporassem medidas e acções promotoras do bem-estar psicológico, bem como preventivas e minimizadoras das alterações identificadas naquela.

As colaborações das Sr^{as}. Enfermeiras na realização das entrevistas implicaram uma preparação cuidadosa que decorreu entre os meses de Junho a Dezembro de 2004. Esta preparação envolveu, não só estas Sr^{as}. Enfermeiras mas também aquelas que, sendo responsáveis pela gestão dos centros de saúde e superiores hierárquicas, ficaram cientes do trabalho a desenvolver e facilitaram-no.

i) Na fase preparatória realizaram-se:

-Quatro reuniões com a Sr^a. Enfermeira Directora e duas com as Sr^{as}. Enfermeiras Supervisoras dos cuidados de saúde primários (cuidados de saúde primários) e com as Enfermeiras Chefes dos centros de saúde, as quais tiveram como principais objectivos:

- Sensibilizar para a importância da pesquisa no que se reporta à promoção da saúde mental das pessoas idosas;
- Solicitar a colaboração das Sr^{as}. Enfermeiras no desenvolvimento do trabalho;
- Planear o trabalho de campo: aferição da estratégia e da metodologia para a consecução do mesmo

-Três reuniões com as Sr^{as}. Enfermeiras entrevistadoras (no conjunto eram 45, provenientes uma ou duas de cada centro de saúde, voluntariamente) com objectivos fundamentalmente operacionais, os quais mencionamos seguidamente:

- Sensibilizar para o interesse da pesquisa;
- Solicitar e valorizar a respectiva colaboração;
- Planear o trabalho de campo.

Apresentou-se o protocolo de investigação e foi clarificada a adequada aplicação dos instrumentos às pessoas idosas; foram aferidos e uniformizados os procedimentos relativos ao mesmo.

Facultou-se documento orientador relacionado com o protocolo de investigação (anexo nº 1.). Deste constava uma folha específica, de contacto, destinada ao registo do sucedido nas tentativas de contacto com cada pessoa idosa.

Foi assegurada toda a disponibilidade do investigador para qualquer dúvida surgida no decurso do trabalho de campo.

Acertou-se que, após a devolução dos questionários, seriam realizadas três reuniões para análise e avaliação do trabalho de campo e do protocolo de investigação.

ii) Na fase do trabalho de campo:

Os idosos foram contactados pelo telefone ou directamente na sua residência, pelas Sr^{as}. Enfermeiras (treinadas na realização das entrevistas), no período compreendido entre 10 a 31 de Janeiro 2005. Efectuaram-se duas tentativas de contacto.

De acordo com Rieder-Heller, Busse & Angermeyer (2000), deve considerar-se que os estudos de campo com idosos colocam algumas dificuldades relacionadas com a mortalidade, fragilidade e as deficiências sensoriais as quais podem ocasionar reduzidas taxas de respostas e invalidar os resultados do estudo. Factores como má vontade, muita idade, nível educacional baixo e cognição reduzida podem justificar algumas recusas em responder. Nalguns casos, os familiares dos idosos receiam que a participação destes no estudo, possa suscitar stresse adicional, e, para protegê-lo, impedem o contacto com os entrevistadores. Nas áreas urbanas podem surgir dificuldades de recrutamento na participação devido a receios de crimes e à invasão dos comerciantes. Devem ser considerados alguns procedimentos que possibilitem aumentar a participação dos idosos nos estudos epidemiológicos como por exemplo: a selecção daqueles que integrarão a amostra deve ser realizada com pouca antecedência do início do trabalho de campo; o investigador deve prever a existência de deficiências sensoriais e optar por instrumentos de avaliação que não envolvam a capacidade visual, deve colocar a possibilidade de efectuar a entrevista noutro momento. Os contactos mais personalizados parecem ser mais bem sucedidos na adesão à participação. A demonstração de tempo para efectuar a entrevista e o facto do entrevistador ser experiente do ponto de vista clínico e sensível, explicando os objectivos do estudo e na realização das perguntas, bem como, facultando encorajamento, facilitam a participação.

Estes aspectos e recomendações foram considerados na concretização do estudo.

Consentimento Informado:

A natureza e os objectivos do estudo foram explicados aos idosos, bem como o carácter voluntário da participação. Referiu-se que em qualquer momento

poderiam desistir de participar. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade relacionados com as informações disponibilizadas.

Foram entregues aos idosos uma carta explicativa da natureza do estudo e termo de responsabilidade assinado pelo entrevistador e investigador devidamente apreciados pela Exm^a. Comissão de Ética do SRS E.P.E..

Os idosos facultaram o seu consentimento por escrito assinando um documento destinado a esse fim. Na circunstância de não saberem assinar solicitou-se que colocassem no mesmo documento impressão digital confirmatória do consentimento informado (anexo nº 7.).

2. 1. 6. Resultados:

Considerados os objectivos do estudo piloto apresentam-se alguns resultados descritivos mais relevantes. Utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 13 para efectuar o tratamento dos dados (Pestana & Gageiro, 2003).

Após as tentativas de contacto efectuadas aos 88 idosos seleccionadas inicialmente, 63 (71,6%) reuniram as condições para ser-lhes aplicado o MMSE.

Dos 63 idosos que aceitaram integrar a amostra (tabela nº 3.) e a quem foi avaliada a capacidade cognitiva através do MMSE, 43 (68,3%) eram analfabetos. Relativamente ao género 50,8% eram mulheres e 49,2% eram homens. Na classe etária com idades ≥ 65 -74 anos, situavam-se 36,5% dos respondentes.

Tabela nº 3. Distribuição dos idosos sujeitos ao MMSE por classes etárias, género e nível de escolaridade

Nível escol.	Classes etárias									Total			
	65 a 74			75 a 84			≥ 85			Género			
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
Analfa beto	N	6	9	15	11	7	18	4	6	10	21	22	43
	%	9,5	14,3	23,8	17,5	11,1	28,6	6,3	9,5	15,9	33,3	34,9	68,3
1 a 11 anos	N	3	4	7	1	2	3	6	3	9	10	9	19
	%	4,8	6,3	11,1	1,6	3,2	4,8	9,5	4,8	14,3	15,9	14,3	30,2
> 11 anos	N	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	%	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	1,6
Total	N	9	14	23	12	9	21	10	9	19	31	32	63
	%	14,3	22,2	36,5	19,0	14,3	33,3	15,9	14,3	30,2	49,2	50,8	100,0

No que se reporta ao estado civil, 42,9% das pessoas inquiridas eram casadas e 46,0% viúvas. Em todas as classes etárias os homens casados superaram as mulheres, verificando-se que as mulheres viúvas predominavam relativamente àqueles. Relativamente à situação profissional, nos dois géneros e em todas as classes etárias, os idosos reformados predominaram. Da totalidade das pessoas, 73,0% detinham essa situação.

Na avaliação à capacidade cognitiva, 25,4% das 63 pessoas idosas a quem se aplicou o MMSE apresentaram defeito cognitivo, distribuindo-se homogeneamente por ambos os géneros (8 homens, 8 mulheres). Verificou-se um aumento progressivo no número de idosos com defeito nas classes etárias mais elevadas.

Caracterização demográfica:

Apenas 47 (74,6%) dos idosos (aqueles que não apresentaram defeito cognitivo) prosseguiram a entrevista e integraram a amostra definitiva. Nesta existiam 59,6% de pessoas analfabetas (tabela nº 4.). Relativamente ao género 51,1% eram mulheres e 48,9% homens. A classe etária com maior percentagem (42,6%) de idosos foi a das idades $\geq 65-74$ anos.

Tabela nº 4. Idosos que integraram a amostra definitiva por classes etárias, género e nível de escolaridade

Nível escol.		Classes etárias									Total		
		65 a 74			75 a 84			≥ 85					
		Género									Género		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Analfa beto	N	4	8	12	8	4	12	2	2	4	14	14	28
	%	8,5	17,0	25,5	17,0	8,5	25,5	4,3	4,3	8,5	29,8	29,8	59,6
1 a 11 anos	N	3	4	7	1	2	3	5	3	8	9	9	18
	%	6,4	8,5	14,9	2,1	4,3	6,4	10,6	6,4	17,0	19,1	19,1	38,3
> 11 anos	N	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	%	0,0	2,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,1
Total	N	7	13	20	9	6	15	7	5	12	23	24	47
	%	14,9	27,7	42,6	19,1	12,8	31,9	14,9	10,6	25,5	48,9	51,1	100,0

Relativamente ao estado civil, 48,9% eram pessoas idosas casadas, verificando-se que os homens, nessas circunstâncias, eram mais numerosos que as mulheres. As viúvas eram predominantes relativamente aos viúvos. No referente à situação profissional 72,3% das pessoas estavam reformadas, havendo um predomínio dessa situação em ambos os géneros e nas três classes etárias.

Classificação social:

Após aplicação da Classificação Social de *Graffar*, determinou-se que os idosos que integraram a amostra pertenciam às seguintes classes sociais: Classe II – média alta 8,5% (13,0% dos homens, 4,2% das mulheres); Classe IV – baixa 25,5% (21,7% dos homens, 29,2% das mulheres); Classe V – muito baixa 66,0% (65,2% dos homens, 66,7% das mulheres). As classes baixa e muito baixa foram aquelas onde se situavam um número superior de idosos. As mulheres na classe V, dos 65 aos 74 anos, eram em número superior, verificando-se o mesmo com os homens com 75 a 84 anos.

Em relação às classes etárias 75,0% dos idosos da classe II tinham 65 a 74 anos e 25,0% idade \geq 85 anos. Na classe IV 50,0% tinham 65 a 74 anos e 25,0% pertenciam à classes dos 75-84 anos e à de idades \geq 85 anos. Na classe V situaram-se 35,5% dos respondentes com 65-74 anos, 38,7% daqueles com 75-84 anos e 25,8% dos que tinham 85 e mais anos.

Percepção relativa ao rendimento:

A maioria dos idosos de ambos os géneros e de todas as classes etárias percepcionavam os seus rendimentos como fracos (53,2%) ou razoáveis (34,0%). Os homens (38,5%), consideraram menos que as mulheres (62,5%), o seu rendimento razoável, no entanto, consideraram-no mais fraco (60,0%) comparativamente às mesmas (40,0%). Os filhos foram mencionados como as pessoas que mais ajudavam nas dificuldades financeiras.

Percepção relativa à habitação:

A habitação foi referenciada por (63,8%) dos idosos como excelente ou boa e (12,9%) consideraram-na fraca. A distribuição pelos dois géneros foi relativamente homogénea.

Rede social:

A pontuação média obtida após aplicação da LSNS às 47 pessoas idosas foi $\bar{X} = 29,3$ com $S = 8,4$. Pontuações médias mais elevadas representam redes mais alargadas (máxima pontuação possível 50). Quando considerados os géneros, para o feminino a $\bar{X}_M = 31,4$ com $S_M = 6,7$ e para o masculino a $\bar{X}_H = 27,2$ com $S_H = 9,5$. Relativamente ao estado civil, os homens idosos casados surgiram com pontuações médias mais elevadas ($\bar{X}_H = 29,0$ com $S_H = 9,8$) e os viúvos com pontuações médias inferiores ($\bar{X}_H = 23,3$ com $S_H = 6,1$). A menor média foi encontrada num homem divorciado ($\bar{X}_H = 13,3$). As mulheres casadas apresentaram $\bar{X}_M = 35,7$ com $S_M = 7,8$ a mais elevada dos diversos estados civis. As viúvas tiveram a menor $\bar{X}_M = 29,7$ com $S_M = 4,1$.

A classe etária dos 65-74 anos, com uma $\bar{X} = 31,7$ e com $S = 8,0$, foi das três classes aquela em que os idosos apresentaram redes sociais menos limitadas. Na classe dos 75-84 anos a $\bar{X} = 27,9$ com $S = 9,5$ e na classe com idades ≥ 85 anos a $\bar{X} = 27,1$ com $S = 6,8$ (foi verificada a simetria na distribuição dos diferentes resultados - anexo nº 8.).

Percepção de controlo:

A maioria dos idosos (83,0%) de ambos os géneros (38,3% homens, 44,7% mulheres), considerou que controlava a sua vida, sendo o mesmo verdadeiro para os que controlavam os próprios actos e as decisões pessoais. No entanto, 21,3% dos idosos admitiram que outras pessoas decidiam por eles o curso da sua vida, nomeadamente a família.

Na classe etária dos 65-74 anos, 100,0% dos idosos admitiram controlar a sua vida, verificando-se situação idêntica para 73,3% daqueles com 75-84 anos e para 66,7% dos que possuíam 85 e mais anos. Dos inquiridos que admitiram que outros decidiam por eles o curso das suas vidas, 41,7% tinham 85 e mais anos, 33,3% 75-84 anos e na classe dos 65-74 anos nenhum idoso o admitiu.

Ocupação do tempo:

Ver televisão (87,2%), conversar (72,3%), frequentar a igreja (51,1%), passear (46,8%), jardinar (46,8%), foram as actividades mais referenciadas pelos

idosos para ocuparem o tempo. Ver televisão e conversar foram actividades que se distribuíram de forma relativamente homogénea pelos dois géneros. Passear foi mais sinalizado pelos homens (63,6%) e jardinar pelas mulheres (68,2%).

Relativamente às classes etárias, 100,0% dos idosos com 65-74 anos referiram ver televisão bem como 73,3% na classe dos 75-84 anos e 83,3% na de idades ≥ 85 anos. A distribuição foi relativamente homogénea nas três classes em relação ao conversar (70,0% na dos 65-74 anos, 73,3% na dos 75-84 anos e 75,0% na de idades ≥ 85).

Acontecimentos de vida significativos:

Dos idosos questionados, 51,1% referiram a ocorrência de acontecimentos de vida significativos no ano precedente. Os acontecimentos foram sinalizados com maior frequência (33,3%) pelas mulheres da classe etária $\geq 65-74$ anos. A influência destes acontecimentos na vida dos idosos foi para a maioria (82,6%) negativa e relacionaram-se com a saúde (43,5%) ou com a família (39,1%). Do total dos idosos, 36,2% admitiram ter sofrido um desgosto no ano prévio.

Autonomia física:

Capacidade para a deslocação em casa e na rua:

Referiram ter capacidade para deslocar-se em casa sem apoio 95,7% dos idosos. Destes 51,1% eram mulheres e 48,9% homens. Na rua deslocavam-se sem apoio 78,7% dos mesmos, dos quais 56,8% eram mulheres e 43,2% homens.

Relativamente às classes etárias e em casa 100,0% dos idosos com 65-74 anos deslocava-se sem apoio e 83,3% daqueles com idade ≥ 85 anos também o fazia. Na rua 90,0% das pessoas da classe dos 65-74 anos, 86,7% da dos 75-84 anos e 50,0% daquela com idades ≥ 85 anos deslocavam-se sem apoio. Os mais idosos eram os que necessitavam de mais apoio.

Capacidade física para satisfação das necessidades:

No referente à percepção relacionada com a capacidade física para satisfazer necessidades, a maioria dos idosos de ambos os géneros, consideraram possuí-la sempre.

Nas três classes etárias, 100,0% daqueles que possuíam 65-74 anos, 80,0% dos com 75-84 anos e 50,0% dos incluídos na classe de idosos com idade ≥ 85 anos referiram ter sempre a capacidade em apreço.

Actividades básicas da vida diária:

Relativamente às ABVD, nomeadamente em resultado das pontuações obtidas no Índice de *Katz*, a quase totalidade das pessoas eram independentes (apenas um idoso era dependente em três actividades).

Autonomia instrumental:

Na generalidade dos itens contemplados na IADL (Lawton & Brody, 1969), a maioria das pessoas idosas que participaram no estudo era autónoma: 83,0% tomava os seus medicamentos na dose e tempo certos; 61,7% deslocava-se sozinho em transportes públicos; 53,2% geria o seu dinheiro na totalidade; 53,2% planeava, preparava e servia refeições adequadas; 36,2% fazia sozinho pequenas compras e 44,7% fazia sozinho todas as compras necessárias; 27,7% apenas fazia tarefas leves diárias, no entanto, 48,9% fazia todas as tarefas com ajuda ocasional nas tarefas pesadas. Relativamente ao uso do telefone as percentagens das respostas das pessoas idosas foram superiores (31,9%) nos itens atende o telefone mas não faz telefonemas e atende o telefone, procura e liga números de telefone. Foi em relação ao lavar/ tratar a roupa que se evidenciou maior dependência de outras pessoas: 48,9% dos inquiridos referiram que a roupa era tratada por outros.

As mulheres revelaram uma maior autonomia comparativamente aos homens. Seguem-se algumas das percentagens encontradas: 41,7% das mulheres atendiam, procuravam e ligavam os números de telefone enquanto apenas 21,7% dos homens o faziam; 62,5% das mulheres e 26,1% dos homens faziam sozinhos todas as compras necessárias; 58,3% das mulheres governavam todo o dinheiro, saldos, cheques, pagava a renda e contas enquanto o mesmo era realizado por 47,8% dos homens; 91,7% das mulheres e 73,9% dos homens tomavam os seus medicamentos na dose e tempo certos; 70,8% das mulheres e 52,2% dos homens deslocavam-se sozinhos em transporte público; 79,2% das mulheres e 26,1% dos homens planeavam, preparavam e serviam as refeições adequadas; 75,0% das mulheres e 21,7% dos homens faziam todas as tarefas domésticas, com ajuda ocasional para as tarefas pesadas; 70,8% das mulheres e 8,7% dos homens lavava, tratava completamente a sua roupa. No referente às três classes etárias consideradas, foi na das pessoas com idade ≥ 85 anos que se evidenciou maior dependência. Na maioria dos itens em apreciação e nas classes dos 65-74 anos, dos 75-84 anos e com idades ≥ 85 anos, foram encontradas, respectivamente, as seguintes percentagens: 5,0%, 0,0% e 10,6% eram incapazes de fazer compras;

5,0%, 0,0% e 16,7% estavam incapazes de se servirem do dinheiro; 10,0%, 13,3% e 33,3 % necessitavam de refeições preparadas e servidas; 25,0%, 53,3% e 83,3% precisavam da roupa tratada por outros. Nas classes etárias em apreciação e pela ordem indicada previamente, 25,0%, 40,0% e 33,3% dos inquiridos atendiam o telefone mas não faziam telefonemas; 10,0%, 0,0% e 8,3% não se deslocavam. Todavia, na classe de idades ≥ 85 anos, 33,3% dos inquiridos referiram que só se deslocavam se acompanhados, acontecendo o mesmo apenas para 5,0% das pessoas na classe dos 65-74 anos. Nesta mesma classe, 5,0% das pessoas idosas estavam incapazes de tomar os seus medicamentos não se verificando esta incapacidade nas outras duas classes. Naqueles que possuíam idade ≥ 85 anos 41,7% tomavam a medicação se preparada por outros comparativamente aos 5,0% a quem o mesmo acontecia na classe dos 65-74 anos. Esta situação não se verificava nas pessoas com 75-84 anos.

Percepção relacionada com a saúde:

Dos questionados, 55,3% consideraram a sua saúde no presente razoável, 23,4% fraca e 4,3% má. Daqueles que percepcionavam a sua saúde como positiva, 14,9% disseram ser boa e 2,1% ser muito boa.

No género masculino a maioria dos idosos (73,9%) considerou que a mesma era razoável, 13,0% referiram que era fraca e 8,7% que era má. No género feminino a distribuição fez-se do seguinte modo: razoável 37,5%, fraca 33,3% e boa 29,2%.

Comparativamente às outras pessoas da mesma idade, conjuntamente, 38,3% dos homens e 40,4% das mulheres, consideraram ter melhor saúde (23,4% homens, 29,8% mulheres) ou saúde idêntica (14,9% homens, 10,6% mulheres).

Comparando a saúde actual com a que detinham um ano antes, 23,4% dos homens consideraram-na idêntica e 21,3% pior. Das mulheres, 25,5% referiram ter idêntica saúde, 14,9% pior e apenas 8,5% admitiram ter melhor saúde.

Nas três classes etárias verificou-se uma distribuição relativamente homogénea para os idosos que consideraram ter uma saúde razoável: 58,3% na classe dos 85 e mais anos, 53,3% na dos 75-84 anos e 55,0% na dos 65-74 anos.

Queixas de saúde ou doenças:

As queixas mais frequentemente sinalizadas para ambos os géneros foram do sistema músculo-esquelético (43,5% homens, 58,3% mulheres), do aparelho circulatório (34,8% homens, 45,8% mulheres), do olho (47,8% homens, 25,0%

mulheres). Na maioria das pessoas (68,1%) as queixas iniciaram-se há 24 meses ou mais tempo.

Dos 51,5% idosos que apresentaram queixas ou doenças a nível do aparelho circulatório 41,7% pertenciam à classe dos 65-74 anos, 25,0% à dos 75-84 anos e 33,3% à de idades ≥ 85 anos.

O número mínimo de queixas apresentado foi 1 e o máximo 5, com uma $\bar{X} = 2,4$ e um $S = 1,2$. Os homens apresentaram $\bar{X}_H = 2,5$ e um $S_H = 1,0$ e as mulheres $\bar{X}_M = 2,3$ e um $S_M = 1,3$. O número médio de queixas aumentou com a progressão na idade: classe 65-74 anos $\bar{X} = 2,1$ e um $S = 1,3$, classe 75-84 anos $\bar{X} = 2,6$ e um $S = 0,9$ e classe de idades ≥ 85 anos $\bar{X} = 2,7$ e um $S = 1,2$ (para todos os resultados foi verificada a simetria - anexo nº 8.).

Apoios de saúde e sociais:

Trinta e sete (80,4%) dos idosos eram acompanhados pelos centros de saúde, 30,4% por serviços de saúde privados e 19,6% pelo hospital. Alguns eram simultaneamente acompanhados em mais do que um serviço. Na globalidade, 97,9% eram acompanhados por serviços de saúde e 93,6% estavam medicados.

No que se reporta aos serviços sociais, apenas 22,8% dispunham de acompanhamento.

Saúde mental:

Os idosos globalmente apresentaram, para as diferentes sub escalas que integram o MHI, os seguintes valores médios resultantes das somas das pontuações obtidas nos diferentes itens: sub escala da ansiedade $\bar{X} = 44,8$ com $S = 8,5$, sub escala da depressão $\bar{X} = 23,4$ com $S = 3,8$, sub escala relativa à perda de controlo emocional/comportamental $\bar{X} = 43,2$ com $S = 6,6$, sub escala relativa ao afecto positivo: $\bar{X} = 44,5$ com $S = 9,3$, sub escala relativa aos laços emocionais $Me = 15,0$, em relação ao *distress* psicológico a $\bar{X} = 111,5$ com $S = 18,0$ e ao bem-estar psicológico a $\bar{X} = 58,4$ com $S = 12,3$ (apenas não se verificou a simetria na distribuição dos resultados para a sub escala dos laços emocionais pelo que se considerou a mediana o valor mais adequado - anexo nº 8.).

Relativamente ao MHI os homens apresentaram uma $\bar{X}_H = 174,4$ com $S_H = 25,5$ superior à das mulheres $\bar{X}_M = 165,6$ com $S_M = 32,4$. Na classe etária dos 65-74 anos, a $\bar{X} = 174,6$ com $S = 26,5$ foi a mais elevada, seguindo-se a $\bar{X} = 171,4$ com $S = 28,7$ na classe de idades ≥ 85 anos e com $\bar{X} = 162,4$ com $S = 32,3$ na dos 75-84 anos.

A pontuação média, relativamente à totalidade dos itens do inventário, foi $\bar{X} = 169,9$ com $S = 29,2$. Esta pontuação, sendo superior à encontrada por Ribeiro (2000) em jovens estudantes portugueses ($\bar{X} = 150,7$), do ensino secundário e universitário, revelou um nível médio superior de saúde mental nas pessoas idosas estudadas. A pontuação média encontrada indicou uma situação favorável e positiva relativamente à saúde mental (para os diversos resultados foi verificada a simetria - anexo nº 8.).

2. 1. 7. Discussão

Relativamente à caracterização sócio-demográfica da amostra, verificou-se um predomínio dos homens casados em todas as classes etárias. No género feminino as mulheres viúvas estavam mais representadas. Os homens apresentaram redes sociais mais limitadas comparativamente às mulheres e revelaram também menor autonomia instrumental. O casamento pode ser uma fonte de suporte fundamental para o género masculino ou eventualmente uma variável de confundimento (Pereira, 1995; Werneck & Almeida, 2002) admitindo-se que as mulheres efectuavam as tarefas pelos homens, o que não significa que estes não estivessem capazes de as realizar.

Os resultados encontrados permitiram verificar que 25,4% das 63 pessoas idosas a quem foi aplicado o MMSE apresentavam defeito cognitivo, considerando os pontos de corte sugeridos por Guerreiro et al. (1994), para a população adulta portuguesa com 40 e mais anos. Não prevendo este estudo a incorporação das pessoas idosas com esta característica, evidencia-se no entanto, a importância (representam um quarto dos idosos a quem foi aplicado o instrumento) de serem realizados outros estudos que possibilitem um conhecimento mais aprofundado, sobre as suas necessidades de saúde mental.

Relativamente às 47 pessoas idosas que integraram a amostra verificamos que tinham níveis de escolaridade reduzidos e pertenciam, preponderantemente,

às classes sociais baixa e muito baixa. As características encontradas nestas variáveis podem reflectir-se de forma menos positiva na saúde mental.

Apesar da maioria das pessoas inquiridas estar reformada, possuíam redes sociais relativamente extensas, as quais eram, possivelmente, fontes de suporte importantes.

A quase totalidade das pessoas era independente nas ABVD constatando-se também que a maioria delas era autónoma na realização de muitas das IADL. O género masculino apresentou percentagens e níveis de autonomia um pouco inferiores. Evidenciaram-se ainda percentagens e níveis de autonomia um pouco mais baixos, para ambos os géneros, nas idades mais avançadas. Estes resultados podem relacionar-se com factores culturais. Na comunidade madeirense, não é prática comum nos homens com idades mais avançadas, a realização de um conjunto de actividades conotadas com a vida doméstica. Um ligeiro decréscimo na autonomia em ambos os géneros, em idades mais tardias, pode talvez relacionar-se com o início de algumas limitações decorrentes da progressão da idade.

Neste estudo verificamos que, as pessoas idosas apresentaram valores médios na avaliação da saúde mental superiores aos apresentados por uma amostra de jovens, estudados por Ribeiro em 2000. Sublinhe-se que não participaram os idosos identificados com defeito cognitivo e que, a maioria dos que participaram detinham níveis de autonomia física e instrumental elevados, os quais são favoráveis a manutenção/preservação do bem-estar psicológico e da saúde mental nas idades tardias. Estudos realizados previamente (Coleman, 1990; Pinguart e Sorensen, 2000) comprovaram que certas pessoas idosas apresentam níveis de bem-estar e de satisfação com a vida superiores aos apresentados por pessoas mais jovens.

Atendendo ao pequeno tamanho da amostra deste estudo, torna-se fundamental a realização do estudo principal projectado, no qual as mesmas variáveis serão objecto de estudo mais aprofundado, facultando-nos a possibilidade de extrairmos conclusões mais consistentes.

No referente aos objectivos delineados foram identificadas algumas dificuldades nas tentativas de contacto com os idosos (28,4% não estavam contactáveis ou não reuniam as condições para participarem) e 25,4% dos 63 que aceitaram participar não possuíam a capacidade cognitiva considerada como critério para a inclusão na amostra. Apesar de consideradas as recomendações

relacionadas com a realização de investigações com populações idosas (Rieder-Heller et al., 2000), as perdas na amostra seleccionada foram relevantes.

Interessava validar o protocolo de investigação relativamente à sua adequação, clareza e aceitabilidade pelas pessoas idosas. Realizaram-se três reuniões com as entrevistadoras para identificar possíveis limitações surgidas no decurso do trabalho de campo e na realização das entrevistas, nomeadamente referentes à compreensão ou reacções negativas dos idosos às questões. O pressuposto de que a aplicação do questionário no decurso de uma entrevista (na presença do entrevistador) permitiria esclarecimentos, bem como ajustamentos na formulação das questões aos tempos de resposta e reacções evidenciadas nos idosos pareceu ser adequado. As entrevistadoras referiram que o tempo necessário à aplicação do questionário variou entre um mínimo de quarenta e cinco minutos e um máximo de uma hora e quarenta e cinco minutos, em função de cada pessoa idosa. Apesar da aplicação longa, nas diversas situações, procurou-se reduzir o cansaço dando a possibilidade à pessoa de fazer pequenas pausas.

Genericamente não foram efectuadas observações que induzissem a considerar inadequados os instrumentos de colheita de dados, itens englobados nos mesmos ou estrutura prevista para a realização da entrevista. A aceitabilidade dos idosos às questões formuladas foi preponderante. Não foram registadas desistências no decurso da aplicação dos questionários.

Na sequência das observações específicas efectuadas, introduziram-se pequenas alterações nas orientações relativas aos procedimentos a adoptar na implementação do protocolo: acrescentaram-se três novos itens na folha de contacto de modo a contemplar razões possíveis, detectadas através do estudo piloto, para a não participação dos idosos no estudo e estabeleceu-se que no estudo principal, alternativamente às duas tentativas iniciais de contacto com as pessoas seleccionadas seriam realizadas três, aumentando a possibilidade de recrutamento das mesmas.

2. 1. 8. Conclusões

Atendendo ao pequeno tamanho da amostra deste estudo, tornou-se fundamental a realização do estudo principal projectado, no qual as mesmas variáveis foram objecto de estudo mais aprofundado, facultando a possibilidade de serem extraídas conclusões mais consistentes.

O protocolo de investigação revelou-se adequado ainda que necessitasse de pequenas adaptações. As perdas verificadas na amostra de idosos seleccionados, permitiram-nos perspectivar de forma mais realista, o tamanho e a composição da amostra para o estudo definitivo.

A análise dos resultados deste estudo piloto permitiu a obtenção de uma primeira imagem da saúde mental das pessoas idosas da RAM, bem como dos factores que, positiva ou negativamente, hipoteticamente a influenciavam.

2. 2. Estudo principal

Este estudo de natureza psicossocial foi do tipo transversal, probabilístico com uma componente descritiva e outra inferencial. Procurou, fundamentalmente, responder às seguintes questões: como se caracterizam as pessoas idosas da RAM relativamente à saúde mental; as situações de saúde mental positivas são mais ou menos prevalentes do que as negativas e que factores influenciam de forma mais positiva ou negativa (factores de protecção ou de risco) a saúde mental dos mesmos.

2. 2. 1. Objectivos:

Delinearam-se os seguintes objectivos:

Caracterizar do ponto de vista da saúde mental a população idosa da RAM.

Determinar as prevalências dos quadros de ansiedade, depressão e *distress* psicológico bem como de bem-estar psicológico e de saúde mental positiva.

Determinar a influência positiva (protectora) ou negativa (de risco) de alguns factores pessoais ou do meio ambiente, na melhor ou pior saúde mental das pessoas idosas.

2. 2. 2. População e Amostra:

População:

População residente na RAM com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos inscrita na base de dados do cartão de utente do SRS E. P. E. até ao mês de Outubro de 2004 (anexo nº 3.).

Amostra:

Na sequência dos resultados obtidos no estudo piloto determinamos a composição da amostra para o estudo principal, de modo a que fosse representativa da população idosa (com 65 e mais anos) da RAM, mantendo-se idênticos os critérios de inclusão na mesma.

A amostra, estratificada por concelhos, género e classes etárias, foi estimada e seleccionada de acordo com os procedimentos subsequentes (Aday, 1996; Torres, 2002, Pereira, 2005):

-Estratificação da totalidade da população idosa da RAM com 65 e mais anos, inscrita na base de dados do cartão de utente do SRS E. P. E. até ao mês de Outubro 2004 (anexo nº 3.), por:

-concelhos:

Funchal

Outros Concelhos - Calheta, Câmara de Lobos, Machico, Ponta do Sol, Porto Moniz, Porto Santo, Ribeira Brava, Santa Cruz, Santana, São Vicente.

-géneros:

masculino e feminino

-classes etárias

≥ 65-74

≥ 75-84

≥ 85

-Elaboração de listas, aleatoriamente (utilização do programa informático Excel versão 2003 função *randomized*), com codificação de todos os idosos;

-Determinação do número de idosos necessários por estrato, de modo a assegurar a representatividade da amostra de acordo com as orientações para o cálculo de amostra de Scheaffer, Mendenhall & Ott (1995) (anexo nº 9.).

-Acréscimo ao número estimado por estrato na etapa anterior de mais 50,0% de idosos, a fim de minimizar as perdas. Este aumento decorreu da constatação de que no estudo piloto as perdas atingiram 46,6% dos idosos seleccionados.

-Seleção dos idosos no número definido, aleatoriamente, através da utilização do programa Excel versão 2003, função *randomized*, no decurso do mês de Abril 2005.

-Organização de listas por concelhos (distribuição de acordo com áreas abrangidas pelos centros de saúde), com idosos devidamente codificados.

A amostra seleccionada ficou com a composição constante das tabelas nº5 e nº6:

Tabela nº 5. Amostra estimada por estratos*

Concelhos	Classes etárias						Subtotais		Totais
	65 a 74		75 a 84		≥85		Género		
	Género						Género		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Calheta	12	12	6	12	2	3	20	27	47
Câmara de Lobos	12	26	6	12	2	3	20	41	61
Funchal	62	99	32	56	5	18	99	173	272
Machico	12	18	6	12	2	3	20	33	53
Ponta do Sol	6	12	3	6	1	2	10	20	30
Porto Moniz	3	5	2	3	1	1	6	9	15
Porto Santo	3	3	2	2	0	1	5	6	11
Ribeira Brava	6	12	5	6	2	3	13	21	34
Santa Cruz	12	18	6	12	2	3	20	33	53
Santana	6	12	5	6	2	2	13	20	33
São Vicente	5	6	3	5	1	1	9	12	21
Totais	139	223	76	132	20	40	235	395	630

* os valores apresentados foram acrescidos em 50% aos obtidos no calculo através da formula adoptada.

Tabela nº 6. Amostra estimada

Concelhos	Classes etárias						Subtotais		Totais
	65 a 74		75 a 84		≥85		Género		
	Género						Género		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Funchal	62	99	32	56	5	18	99	173	272
Outros Concelhos	77	124	44	76	15	22	136	222	358
Totais	139	223	76	132	20	40	235	395	630

Após as tentativas de contacto e a aplicação dos critérios de inclusão no estudo, a amostra definitiva ficou com a composição apresentada na tabela nº 7. Foram incluídos 342 idosos dos quais 66,4% eram mulheres. A classe de idades ≥ 65-74 anos englobava 64,9% da totalidade das pessoas que integraram a amostra. Na classe dos 75-84 anos, encontravam-se 31,6% das pessoas e na daqueles com 85 e mais anos, apenas ficaram 3,5% do total dos inquiridos.

Tabela nº 7. Amostra definitiva

Conceitos		Classes etárias									Total		
		65 a 74			75 a 84			≥85					
		Género									Género		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Fun chal	N	30	66	96	17	31	48	2	6	8	49	103	152
	%	8,8	19,3	28,1	5,0	9,1	14,0	0,6	1,8	2,3	14,3	30,1	44,4
Outros	N	46	80	126	18	42	60	2	2	4	66	124	190
	%	13,5	23,4	36,8	5,3	12,3	17,5	0,6	0,6	1,2	19,3	36,3	55,6
Total	N	76	146	222	35	73	108	4	8	12	115	227	342
	%	22,2	42,7	64,9	10,2	21,3	31,6	1,2	2,3	3,5	33,6	66,4	100,0

2. 2. 3. Variáveis e instrumentos:

Quer as variáveis exógenas (pessoais e relativas ao meio), quer a variável endógena (saúde mental) foram mantidas. O questionário usado como guião para a entrevista manteve na globalidade a mesma estrutura e composição quer ao nível das questões, quer ao nível dos instrumentos.

Foi estimada a consistência interna da LSNS (Lubben, 1988): *Alpha de Cronbach* 0,70 igual ao referido pelo autor, *Alpha de Cronbach* 0,70, para a versão original da Escala.

Foi também estimada a fiabilidade ao nível das consistências internas (Hill & Hill, 2002) para as diversas dimensões do MHI, tendo sido encontrados valores elevados, muito próximos dos referenciados por Ribeiro (2000) para a versão validada para uma população de jovens do ensino secundário e universitários

portugueses e aos da versão original do inventário, referidos por este mesmo investigador (tabela nº 8.).

Tabela nº 8. Valores de *Alpha de Cronbach* obtidos para o MHI e sub escalas comparados com os referidos por Ribeiro (2000) e para a versão original (EUA)

Sub escalas e MHI	Alphas de Cronbach (presente estudo)	Alphas de Cronbach (Ribeiro 2000 e versão original EUA)*
Ansiedade	0,90	0,91 (0,90)
Depressão	0,84	0,85 (0,86)
Perda de controlo emocional/comportamental	0,87	0,87 (0,83)
Afecto positivo	0,94	0,91 (0,92)
Laços emocionais	0,71	0,72 (0,81)
Distress psicológico	0,95	0,95 (0,94)
Bem-estar psicológico	0,94	0,91 (0,92)
Saúde mental	0,97	0,96 (0,96)

* Os valores entre parêntesis foram retirados de Ribeiro 2000 e referem-se aos *Alpha de Cronbach* da versão original (EUA) do MHI.

2. 2. 4. Procedimentos:

Globalmente a estrutura de protocolo definida para o estudo piloto manteve-se para o estudo principal pois revelou-se adequada (anexo nº 1.).

Revisto o protocolo e os instrumentos de colheita de dados, procedeu-se à codificação dos questionários incorporados no mesmo, de acordo com a referenciação previamente atribuída às pessoas idosas seleccionadas para a amostra.

Efectuou-se reunião com a Direcção de Enfermagem dos cuidados de saúde primários para redefinir a metodologia utilizada no trabalho de campo após o que foram efectuadas três reuniões com as Sr^{as}. Enfermeiras, dos diversos centros de saúde concelhios, aferindo-se e uniformizando-se os procedimentos previstos no protocolo (Maio 2005).

Estabeleceu-se o prazo para a realização das entrevistas, nos meses de Junho e Julho de 2005, considerando-se a possibilidade de alargamento máximo do prazo até o final do mês de Agosto.

Os contactos com as pessoas idosas e a realização das entrevistas ocorreram nos meses definidos, na residência do idoso ou no centro de saúde, conforme vontade expressa pelo mesmo. Até ao final do prazo limite, apenas dois dos protocolos entregues, não foram devolvidos.

3. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

No tratamento estatístico dos dados foram utilizados os programas informáticos Excel versão 2003 e o SPSS versão 14 (Pestana & Gageiro, 2005).

A tabela nº 9. evidencia os resultados decorrentes dos contactos efectuados, bem como da aplicação dos critérios de inclusão às 630 pessoas idosas seleccionadas para integrarem a amostra. Por diversas razões, 197 (31,3%) das pessoas idosas não participaram no estudo. Dos idosos que aceitaram participar, 85 (13,5%) responderam apenas ao MMSE e 6 (0,9%) pessoas foram excluídas porque os questionários não foram devolvidos ou apresentaram irregularidades no preenchimento. A amostra definitiva ficou constituída por 342 (54,3%) idosos.

Tabela nº 9. Resultados das tentativas de contacto e da aplicação dos critérios de inclusão

	N	%
Entrevista realizada na totalidade	342	54,3
Entrevista realizada apenas até à aplicação do <i>Mini Mental State</i>	85	13,5
Outros	197	31,3
Não devolvido	6	0,9
Total	630	100,0

Na tabela nº 10. observa-se que da totalidade dos idosos inicialmente seleccionados no concelho do Funchal, 36,0% não estavam contactáveis ou não reuniram as condições para serem incluídos e 55,9% integraram a amostra definitiva. As perdas (não participação) foram mais relevantes nos homens (43,4%) do que nas mulheres (31,8%), pelas razões constantes na tabela nº 11.

Relativamente às classes etárias e no Funchal, verificou-se um aumento progressivo nas perdas paralelo ao aumento da idade: 65-74 anos 33,5%; 75-84 anos 36,4%; ≥ 85 anos 52,2% (tabela nº 10.).

Nos restantes concelhos 27,7% dos idosos não estavam contactáveis ou não possuíam as condições que possibilitassem a realização da entrevista. As perdas (tabela nº 10.) foram mais evidentes nos homens (31,6%) comparativamente às mulheres (25,2%).

No referente às classes etárias verificou-se também um aumento progressivo das perdas paralelo ao acréscimo na idade: 65-74 anos 23,3%; 75-84 anos 26,1% e ≥ 85 anos 56,8%.

Nestes concelhos, passaram a integrar a amostra definitiva 53,1% das pessoas seleccionadas inicialmente. Verificamos ainda que as perdas no Funchal (36,0%) superaram as dos restantes concelhos (27,7%) (não considerando os idosos que apenas responderam ao MMSE).

Na tabela nº 10. os valores apresentados em cada uma das duas linhas correspondentes a cada item, dizem respeito a valores absolutos (1^a) e relativos (2^a).

Tabela nº 10. Distribuição dos idosos por concelhos, classes etárias e género em função dos resultados das tentativas de contacto e da aplicação dos critérios de inclusão

	Classes etárias									Total				
	65 a 74			75 a 84			≥85							
	Género									Género				
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T		
F U N C H A L	Realiza- dos Tota- lidade	30	66	96	17	31	48	2	6	8	49	103	152	
		48,4	66,7	59,6	53,1	55,4	54,5	40,0	33,3	34,8	49,5	59,5	55,9	
	Realiza- dos até MMSE	2	8	10	2	5	7	2	1	3	6	14	20	
		3,2	8,1	6,2	6,3	8,9	8,0	40,0	5,6	13,0	6,1	8,1	7,4	
	Outros	30	24	54	12	20	32	1	11	12	43	55	98	
		48,4	24,2	33,5	37,5	35,7	36,4	20,0	61,1	52,2	43,4	31,8	36,0	
	Não de- volvidos	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	2	
		0,0	1,0	0,6	3,1	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	1,0	0,6	0,7	
	Total	62	99	161	32	56	88	5	18	23	99	173	272	
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	O U T R O S	Realiza- dos Tota- lidade	46	80	126	18	42	60	2	2	4	66	124	190
			59,0	64,5	62,4	41,9	55,3	50,4	13,3	9,1	10,8	48,5	55,9	53,1
		Realiza- dos até MMSE	9	18	27	12	14	26	4	8	12	25	40	65
		11,5	14,5	13,4	27,9	18,4	21,8	26,7	36,4	32,4	18,4	18,0	18,2	
Outros		22	25	47	12	19	31	9	12	21	43	56	99	
		28,2	20,2	23,3	27,9	25,0	26,1	60,0	54,5	56,8	31,6	25,2	27,7	
Não de- volvidos		1	1	2	1	1	2	0	0	0	2	2	4	
		1,3	0,8	1,0	2,3	1,3	1,7	0,0	0,0	0,0	1,5	0,9	1,1	
Total		78	124	202	43	76	119	15	22	37	136	222	358	
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
T O T A L		Realiza- dos Tota- lidade	76	146	222	35	73	108	4	8	12	115	227	342
			54,3	65,5	61,2	46,7	55,3	52,2	20,0	20,0	20,0	48,9	57,5	54,3
		Realiza- dos até MMSE	11	26	37	14	19	33	6	9	15	31	54	85
		7,9	11,7	10,2	18,7	14,4	15,9	30,0	22,5	25,0	13,2	13,7	13,5	
	Outros	52	49	101	24	39	63	10	23	33	86	111	197	
		37,1	22,0	27,8	32,0	29,5	30,4	50,0	57,5	55,0	36,6	28,1	31,3	
	Não de- volvidos	1	2	3	2	1	3	0	0	0	3	3	6	
		0,7	0,9	0,8	2,7	0,8	1,4	0,0	0,0	0,0	1,3	0,8	1,0	
	Total	140	223	363	75	132	207	20	40	60	235	395	630	
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

A tabela nº 11. reporta-se às pessoas que, por várias razões, não integraram a amostra definitiva.

No Funchal aqueles que não integraram o estudo foi devido: à recusa em participar (33,7%), por estarem ausentes da residência aquando dos contactos (25,5%) e porque já não residiam ou, temporariamente, não residiam no local (16,3%). As recusas foram mais frequentes nos homens (37,2%) do que nas mulheres (30,9%) enquanto que a ausência nas segundas (27,3%), superou a dos primeiros (23,3%).

Por classes etárias verificou-se que, na dos 65-74 anos e na dos 75-84 anos a recusa da pessoa idosa à participação com 37,0% e 34,4% e a ausência aquando dos contactos com 35,2% e 18,8% respectivamente, foram as razões mais comuns para a sua não inclusão no estudo. Na classe das pessoas com idade \geq 85 anos, os motivos mais frequentes foram a impossibilidade de participar por razões de saúde (33,3%), o falecimento e a ausência do lar com percentagens idênticas de 25%.

Nos restantes concelhos, dos idosos que não participaram no estudo, 25,3% tinham falecido e 24,2% estavam ausentes nas tentativas de contactos. Os falecimentos foram mais frequentes nos homens (32,6%) do que nas mulheres (19,6%); a ausência do idoso foi mais relevante nestas últimas (26,8%) do que nos primeiros (20,9%).

Relativamente às classes etárias, a impossibilidade por razões de saúde/doença (42,9%) e o falecimento (33,3%) foram as razões que com maior frequência impediram a participação das pessoas com 85 e mais anos. Na classe daqueles com 75-84 anos, o falecimento (32,3%) e a ausência do idoso aquando das tentativas de contacto efectuadas (22,6%) foram as principais razões para a não participação. Na classe dos 65-74 anos, a ausência da pessoa idosa (31,9%) e a recusa do idoso em colaborar (21,3%) foram as razões que se salientaram. Nos falecimentos, bem como na impossibilidade de participação por motivos de saúde/doença, observou-se um acréscimo progressivo nas percentagens obtidas paralelo ao aumento da idade. Contrariamente, a ausência do lar, ausência da pessoa idosa e recusa em colaborar, evidenciaram decréscimos progressivos simultâneos ao aumento nas idades.

Em resumo: das 197 pessoas idosas não integraram a amostra definitiva, 24,9% recusaram participar; 24,9% estavam ausentes aquando das tentativas de contacto e 17,8% tinham falecido. Verificaram-se aumentos progressivos na frequência de falecimentos e na impossibilidade de participar por razões de

saúde/doença paralelos ao aumento na idade e decréscimos progressivos relacionados com a ausência da pessoa e a recusa em colaborar simultâneos ao avanço na idade.

Tabela nº 11. Outras razões da não inclusão dos idosos na amostra definitiva por estratos

	Classes etárias									Total			
	65 a 74			75 a 84			≥85						
	Gênero									Gênero			
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	
Falecido	3	0	3	2	2	4	0	3	3	5	5	10	
	10,0	0,0	5,6	16,7	10,0	12,5	0,0	27,3	25,0	11,6	9,1	10,2	
Impos- sibilita- do por saúde	1	1	2	0	1	1	0	4	4	1	6	7	
	3,3	4,2	3,7	0,0	5,0	3,1	0,0	36,4	33,3	2,3	10,9	7,1	
Ausên- cia do lar	3	4	7	2	4	6	1	2	3	6	10	16	
	10,0	16,7	13,0	16,7	20,0	18,8	100,0	18,2	25,0	14,0	18,2	16,3	
Ausên- cia do idoso	8	11	19	2	4	6	0	0	0	10	15	25	
	26,7	45,8	35,2	16,7	20,0	18,8	0,0	0,0	0,0	23,3	27,3	25,5	
Recusa do lar	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	
	3,3	0,0	1,9	0,0	5,0	3,1	0,0	0,0	0,0	2,3	1,8	2,0	
Recusa do idoso	12	8	20	4	7	11	0	2	2	16	17	33	
	40,0	33,3	37,0	33,3	35,0	34,4	0,0	18,2	16,7	37,2	30,9	33,7	
Casa desabi- tada	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2	
	3,3	0,0	1,9	8,3	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	2,0	
Morada desco- nhecida	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2	
	3,3	0,0	1,9	8,3	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	2,0	
Desistiu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Enf. não prosse- guiu	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	
	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,0	
Total	30	24	54	12	20	32	1	11	12	43	55	98	
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
O U T R O	Falecido	4	4	8	6	4	10	4	3	7	14	11	25
		18,2	16,0	17,0	50,0	21,1	32,3	44,4	25,0	33,3	32,6	19,6	25,3
O	Impos- sibilita- do por saúde	1	1	2	1	4	5	4	5	9	6	10	16
		4,5	4,0	4,3	8,3	21,1	16,1	44,4	41,7	42,9	14,0	17,9	16,2
C O N C E	Ausên- cia do lar	4	3	7	1	2	3	0	2	2	5	7	12
		18,2	12,0	14,9	8,3	10,5	9,7	0,0	16,7	9,5	11,6	12,5	12,1
L H O S	Ausên- cia do idoso	6	9	15	2	5	7	1	1	2	9	15	24
		27,3	36,0	31,9	16,7	26,3	22,6	11,1	8,3	9,5	20,9	26,8	24,2

Recusa do lar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Recusa do idoso	5	5	10	2	3	5	0	1	1	7	9	16
	22,7	20,0	21,3	16,7	15,8	16,1	0,0	8,3	4,8	16,3	16,1	16,2
Casa desabitada	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2
	0,0	4,0	2,1	0,0	5,3	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	2,0
Morada desconhecida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desistiu	2	1	3	0	0	0	0	0	0	2	1	3
	9,1	4,0	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,7	1,8	3,0
Enf. não prosseguiu	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	0,0	4,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,0
Total	22	25	47	12	19	31	9	12	21	43	56	99
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Falecido	7	4	11	8	6	14	4	6	10	19	16	35
	13,5	8,2	10,9	33,3	15,4	22,2	40,0	26,1	30,3	22,1	14,4	17,8
Impossibilitado por saúde	2	2	4	1	5	6	4	9	13	7	16	23
	3,8	4,1	4,0	4,2	12,8	9,5	40,0	39,1	39,4	8,1	14,4	11,7
Ausência do lar	7	7	14	3	6	9	1	4	5	11	17	28
	13,5	14,3	13,9	12,5	15,4	14,3	10,0	17,4	15,2	12,8	15,3	14,2
Ausência do idoso	14	20	34	4	9	13	1	1	2	19	30	49
	26,9	40,8	33,7	16,7	23,1	20,6	10,0	4,3	6,1	22,1	27,0	24,9
Recusa do lar	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2
	1,9	0,0	1,0	0,0	2,6	1,6	0,0	0,0	0,0	1,2	0,9	1,0
Recusa do idoso	17	13	30	6	10	16	0	3	3	23	26	49
	32,7	26,5	29,7	25,0	25,6	25,4	0,0	13,0	9,1	26,7	23,4	24,9
Casa desabitada	1	1	2	1	1	2	0	0	0	2	2	4
	1,9	2,0	2,0	4,2	2,6	3,2	0,0	0,0	0,0	2,3	1,8	2,0
Morada desconhecida	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2
	1,9	0,0	1,0	4,2	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	1,0
Desistiu	2	1	3	0	0	0	0	0	0	2	1	3
	3,8	2,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,9	1,5
Enf. não prosseguiu	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2	2
	0,0	2,0	1,0	0,0	2,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	1,0
Total	52	49	101	24	39	63	10	23	33	86	111	197
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nesta tabela os valores apresentados em cada uma das duas linhas correspondentes a cada item, dizem respeito a valores absolutos (1^a) e relativos (2^a).

A tabela nº 12. apresenta resumidamente a distribuição por estratos dos diferentes idosos que tendo sido inicialmente seleccionados não participaram no estudo.

Tabela nº 12. Total de idosos que não integrou a amostra por estratos

Concelhos	Classes etárias									Total		
	65 a 74			75 a 84			≥85					
	Género									Género		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Funchal	32	33	65	15	25	40	3	12	15	50	70	120
Outros	32	44	76	25	34	59	13	20	33	70	98	168
Total	64	77	141	40	59	99	16	32	48	120	168	288

Através da tabela nº 13. verifica-se que, das pessoas a quem se aplicou o MMSE, 19,9% apresentaram defeito cognitivo, das quais 21,2% eram homens e 19,2% mulheres. Houve um aumento nas percentagens de idosos com defeito cognitivo paralelo ao acréscimo na idade: 65-74 anos 14,3%; 75-84 anos 23,4% e com idade ≥ 85 anos 55,6%. Este aumento resultou do acréscimo de defeito cognitivo em ambos os géneros.

No Funchal, as percentagens de idosos que apresentaram defeito cognitivo (11,6%) foi inferior à encontrada nos restantes concelhos (25,5%). Em todos os concelhos houve um crescimento das percentagens dos inquiridos com defeito cognitivo simultâneo ao aumento da idade. Foram notórios os acréscimos verificados na classe de idades ≥ 85 anos. As mulheres com defeito cognitivo (12,0%) suplantaram os homens (10,9%), no Funchal. O contrário verificou-se nos restantes concelhos em que se identificaram 27,5% dos homens com defeito e 24,4% das mulheres.

Tabela nº 13. Resultados da aplicação do MMSE

		Classes etárias									Total		
		65 a 74			75 a 84			≥85					
		Género									Género		
		M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
FUNCHAL	Realiza- dos Tota- lidade	30	66	96	17	31	48	2	6	8	49	103	152
		93,8	89,2	90,6	89,5	86,1	87,3	50,0	85,7	72,7	89,1	88,0	88,4
	Realiza- dos até MMSE	2	8	10	2	5	7	2	1	3	6	14	20
		6,3	10,8	9,4	10,5	13,9	12,7	50,0	14,3	27,3	10,9	12,0	11,6
	Total	32	74	106	19	36	55	4	7	11	55	117	172
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OUTROS	Realiza- dos Tota- lidade	46	80	126	18	42	60	2	2	4	66	124	190
		83,6	81,6	82,4	60,0	75,0	69,8	33,3	20,0	25,0	72,5	75,6	74,5
	Realiza- dos até MMSE	9	18	27	12	14	26	4	8	12	25	40	65
		16,4	18,4	17,6	40,0	25,0	30,2	66,7	80,0	75,0	27,5	24,4	25,5
	Total	55	98	153	30	56	86	6	10	16	91	164	255
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	Realiza- dos Tota- lidade	76	146	222	35	73	108	4	8	12	115	227	342
		87,4	84,9	85,7	71,4	79,3	76,6	40,0	47,1	44,4	78,8	80,8	80,1
	Realiza- dos até MMSE	11	26	37	14	19	33	6	9	15	31	54	85
		12,6	15,1	14,3	28,6	20,7	23,4	60,0	52,9	55,6	21,2	19,2	19,9
	Total	87	172	259	49	92	141	10	17	27	146	281	427
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Através da tabela nº 14. verifica-se que, ao comparar a amostra inicialmente seleccionada com a amostra definitiva, existiam algumas diferenças, nomeadamente, em relação à idade máxima e à média de idades. Na amostra inicial, a idade máxima eram 102 anos e a média $\bar{X} = 74,4$ anos com $S = 7,2$. Na amostra definitiva a idade máxima 89 anos e a $\bar{X} = 72,6$ anos com $S = 5,8$.

Tabela nº 14. Características das amostras: estimada e definitiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Amostra inicial	603	65	102	74,35	7,17
Amostra definitiva	342	65	89	72,56	5,77

Os idosos que não participaram no estudo, conforme se verifica na tabela nº 15., tinham uma média de idades superior às das amostras seleccionada e definitiva, evidenciando-se por ser mais elevada ($\bar{X} = 77,1$ com $S = 8,1$) à daqueles que apresentaram defeito cognitivo. A média ($\bar{X} = 72,6$ com $S = 5,8$) de idades dos idosos que compuseram a amostra definitiva foi a menos elevada.

Tabela nº 15. Características dos idosos que não participaram no estudo

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idosos que não participaram	197	65	102	75,91	8,26
Excluídos após aplicação do MMSE	85	65	100	77,14	8,06

3. 1. Caracterização da população idosa da RAM relativamente à saúde mental: resultados descritivos

Caracterização demográfica:

Relativamente à situação profissional, a maioria das pessoas idosas (78,1%) estavam reformadas, conforme consta da tabela nº 16. Apenas 1,7% dos inquiridos declararam trabalhar.

Tabela nº 16. Situação profissional

	N	%
Reformado	267	78,1
Trabalhador	6	1,7
Doméstica	13	3,8
Pensionista	56	16,4
Total	342	100,0

Dos inquiridos reformados 61,0% eram mulheres (tabela nº 17.). Apenas 3,8% da totalidade dos idosos eram domésticas. As pessoas que mencionaram trabalhar distribuíram-se equitativamente (50%), pelos dois géneros.

Tabela nº 17. Situação profissional por género

Género	Situação Profissional				Total	
	Reformado	Trabalhador	Doméstica	Pensionista		
N	104	3	0	8	115	
M	% Género	90,4	2,6	0,0	7,0	100,0
	% Situação profissional	39,0	50,0	0,0	14,3	33,6
F	163	3	13	48	227	
F	% Género	71,8	1,3	5,7	21,1	100,0
	% Situação profissional	61,0	50,0	100,0	85,7	66,4
Total	N	267	6	13	56	342
	% Género	78,1	1,8	3,8	16,4	100,0
	% Situação profissional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na tabela nº 18. observa-se que 65,2% dos reformados possuíam uma idade de 65-74 anos. Nesta mesma classe englobavam-se todas as pessoas idosas trabalhadoras. Das domésticas, 61,5% tinham 65-74 anos. Os detentores de idade ≥ 85 anos eram preponderantemente (91,7%) reformados.

Tabela nº 18. Situação profissional por classes etárias

Classes etárias	Situação Profissional				Total	
	Reformado	Trabalhador	Doméstica	Pensionista		
N	174	6	8	34	222	
65 a 74	% Classe etária	78,4	2,7	3,6	15,3	100,0
	% Situação profissional	65,2	100,0	61,5	60,7	64,9
N	82	0	5	21	108	
75 a 84	% Classe etária	75,9	0,0	4,6	19,4	100,0
	% Situação profissional	30,7	0,0	38,5	37,5	31,6
N	11	0	0	1	12	
≥ 85	% Classe etária	91,7	0,0	0,0	8,3	100,0
	% Situação profissional	4,1	0,0	0,0	1,8	3,5
Total	N	267	6	13	56	342
	% Classe etária	78,1	1,8	3,8	16,4	100,0
	% Situação profissional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na distribuição por concelhos (tabela nº 19.) os reformados com 55,8%, surgiram mais representados fora do Funchal. Os idosos trabalhadores eram maioritariamente (83,3%) destes mesmos concelhos, bem como os pensionistas com 58,9%. Apenas as domésticas surgiram com percentagem mais elevada no Funchal, com 76,9%.

Tabela nº 19. Situação profissional por concelhos

Concelhos	Situação Profissional				Total	
	Reformado	Trabalhador	Doméstica	Pensionista		
Funchal	N	118	1,0	10	23	152
	% Concelho	77,6	0,7	6,6	15,1	100,0
	% Situação profissional	44,2	16,7	76,9	41,1	44,4
Outros	N	149	5,0	3,0	33	190
	% Concelho	78,4	2,6	1,6	17,4	100,0
	% Situação profissional	55,8	83,3	23,1	58,9	55,6
Total	N	267	6	13	56	342
	% Concelho	78,1	1,8	3,8	16,4	100,0
	% Situação profissional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na tabela nº 20. relativa ao estado civil e à situação profissional, verifica-se que os idosos casados (54,4%) e os viúvos (34,5%) eram mais comuns na amostra em estudo. Os separados e os divorciados estavam menos representados. Dos trabalhadores 83,5% eram casados e 16,6% viúvos. Com percentagens superiores surgiram seguidamente os idosos casados reformados com 56,9% bem como as idosas domésticas com 53,8%. Cinquenta por cento daqueles que se encontravam na situação de pensionistas eram viúvos.

Tabela nº 20. Estado civil e situação profissional

Estado Civil		Situação Profissional				Total
		Reformado	Trabalhador	Doméstica	Pensionista	
Solteiro	N	27	0	0	5	32
	% Estado civil	84,4	0,0	0,0	15,6	100,0
	% Situação profissional	10,1	0,0	0,0	8,9	9,4
Casado	N	152	5	7	22	186
	% Estado civil	81,7	2,7	3,8	11,8	100,0
	% Situação profissional	56,9	83,3	53,8	39,3	54,4
Separado	N	1	0	1	1	3
	% Estado civil	33,3	0,0	33,3	33,3	100,0
	% Situação profissional	0,4	0,0	7,7	1,8	0,9
Divorciado	N	3	0	0	0	3
	% Estado civil	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	% Situação profissional	1,1	0,0	0,0	0,0	0,9
Viúvo	N	84	1	5	28	118
	% Estado civil	71,2	0,8	4,2	23,7	100,0
	% Situação profissional	31,5	16,7	38,5	50,0	34,5
Total	N	267	6	13	56	342
	% Estado civil	78,1	1,8	3,8	16,4	100,0
	% Situação profissional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na amostra (tabela nº 21.) 58,2% das pessoas detinham de 1 a 11 anos de escolaridade, 38,9% eram analfabetas e 2,9% possuíam mais de 11 anos de escolaridade. Para as várias situações profissionais contempladas, as percentagens mais elevadas foram relativas aos inquiridos que detinham de 1 a 11 anos de escolaridade. No conjunto dos vários grupos referentes àquelas situações, os pensionistas foram os que apresentaram uma percentagem mais elevada de analfabetismo (42,9%).

Tabela nº 21. Nível de escolaridade e situação profissional

Nível de escolaridade		Situação Profissional				Total
		Reformado	Trabalhador	Doméstica	Pensionista	
Analfabeto	N	104	1	4	24	133
	% Nível escolaridade	78,2	0,8	3,0	18,0	100,0
	% Situação profissional	39,0	16,7	30,8	42,9	38,9
De 1 a 11 anos	N	153	5	9	32	199
	% Nível escolaridade	76,9	2,5	4,5	16,1	100,0
	% Situação profissional	57,3	83,3	69,2	57,1	58,2
>11 anos	N	10	0	0	0	10
	% Nível escolaridade	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	% Situação profissional	3,7	0,0	0,0	0,0	2,9
Total	N	267	6	13	56	342
	% Nível escolaridade	78,1	1,8	3,8	16,4	100,0
	% Situação profissional	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Da observação da tabela nº 22. verifica-se que a percentagem de analfabetos com idade ≥ 85 anos, foi superior (41,7%) à daqueles pertencentes às outras classes. Na classe dos 75-84 e na dos 65-74 anos os detentores de 1 a 11 anos de escolaridade representavam 59,3% e 58,6% respectivamente, do total de pessoas pertencentes a cada uma das mesmas.

Foi na classe de idades ≥ 85 anos que surgiu uma percentagem mais elevada de idosos com escolaridade superior a 11 anos (16,7%).

Tabela nº 22. Nível de escolaridade por classes etárias

Classes etárias	Nível de escolaridade			Total	
	Analfabeto	De 1 a 11 anos	>11 anos		
N	85	130	7	222	
65 a 74	% Classe etária	38,3	58,6	3,2	100,0
	% Nível escolaridade	63,9	65,3	70,0	64,9
N	43	64	1	108	
75 a 84	% Classe etária	39,8	59,3	0,9	100,0
	% Nível escolaridade	32,3	32,2	10,0	31,6
N	5	5	2	12	
≥85	% Classe etária	41,7	41,7	16,7	100,0
	% Nível escolaridade	3,8	2,5	20,0	3,5
N	133	199	10	342	
Total	% Classe etária	38,9	58,2	2,9%	100,0
	% Nível escolaridade	100,0	100,0	100,0	100,0

Na tabela nº 23. verifica-se que os homens com mais de 11 anos de escolaridade (70,0%) eram preponderantes relativamente às mulheres (30,0%). Estas eram percentualmente superiores aos homens nas classes dos 1 a 11 anos de escolaridade (63,3% mulheres e 36,7% homens) e na dos analfabetos (73,7% mulheres e 26,3% homens).

Tabela nº 23. Nível de escolaridade por género

Género	Nível de escolaridade			Total	
	Analfabeto	De 1 a 11 anos	>11 anos		
N	35	73	7	115	
M	% Género	30,4	63,5	6,1	100,0
	% Nível escolaridade	26,3	36,7	70,0	33,6
N	98	126	3	227	
F	% Género	43,2	55,5	1,3	100,0
	% Nível escolaridade	73,7	63,3	30,0	66,4
N	133	199	10	342	
Total	% Género	38,9	58,2	2,9	100,0
	% Nível escolaridade	100,0	100,0	100,0	100,0

Observa-se na tabela nº 24. que a distribuição, pelo Funchal e pelos restantes concelhos, das pessoas com diferentes níveis de escolaridade foi a seguinte: analfabetos Funchal 27,1% e outros concelhos 72,9%; com 1 a 11 anos de escolaridade Funchal 54,8% e outros Concelhos 45,2%; com escolaridade superior a 11 anos Funchal 70,0% e outros concelhos 30,0%.

Tabela nº 24. Nível de escolaridade por concelhos

Concelhos	Nível de escolaridade			Total	
	Analfabeto	De 1 a 11 anos	>11 anos		
Funchal	N	36	109	7	152
	% Concelho	23,7	71,7	4,6	100,0
	% Nível escolaridade	27,1	54,8	70,0	44,4
Outros	N	97	90	3	190
	% Concelho	51,1	47,4	1,6	100,0
	% Nível escolaridade	72,9	45,2	30,0	55,6
Total	N	133	199	10	342
	% Concelho	38,9	58,2	2,9	100,0
	% Nível escolaridade	100,0	100,0	100,0	100,0

Pela tabela nº 25., constata-se que com a progressão nas idades houve um acréscimo nas percentagens de viúvos: 65-74 anos 25,7%, 75-84 anos 50,0% e com idades ≥ 85 anos 58,3%. Relativamente às pessoas casadas verificou-se o inverso: 65-74 anos 64,0%, 75-84 anos 37,0% idade ≥ 85 anos 33,3%.

Tabela nº 25. Estado civil por classes etárias

Nível de escolaridade	Estado Civil					Total	
	Solteiro	Casado	Separado	Divorciado	Viúvo		
65 a 74	N	17	142	3,0	3,0	57	222
	% Classe etária	7,7	64,0	1,4	1,4	25,7	100,0
	% Estado civil	53,1	76,3	100,0	100,0	48,3	64,9
75 a 84	N	14	40	0,0	0,0	54	108
	% Classe etária	13,0	37,0	0,0	0,0	50,0	100,0
	% Estado civil	43,8	21,5	0,0	0,0	45,8	31,6
≥ 85	N	1,0	4,0	0,0	0,0	7	12
	% Classe etária	8,3	33,3	0,0	0,0	58,3	100,0
	% Estado civil	3,1	2,2	0,0	0,0	5,9	3,5
Total	N	32	186	3,0	3,0	118	342
	% Classe etária	9,4	54,4	0,9	0,9	34,5	100,0
	% Estado civil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Na amostra (tabela nº 26.) as pessoas casadas estavam mais representadas (54,4%). Comparativamente às mulheres (41,9%) existia uma percentagem superior de homens casados (79,1%); as mulheres viúvas (44,1%) eram, no entanto, mais que os homens (15,7%) em igual situação.

Tabela nº 26. Estado civil por género

Género		Estado Civil					Total
		Solteiro	Casado	Separado	Divorciado	Viúvo	
M	N	4	91	0	2	18	115
	% Género	3,5	79,1	0,0	1,7	15,7	100,0
	% Estado civil	12,5	48,9	0,0	66,7	15,3	33,6
F	N	28	95	3	1	100	227
	% Género	12,3	41,9	1,3	0,4	44,1	100,0
	% Estado civil	87,5	51,1	100,0	33,3	84,7	66,4
Total	N	32	186	3	3	118	342
	% Género	9,4	54,4	0,9	0,9	34,5	100,0
	% Estado civil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verifica-se pela tabela nº 27. que os participantes casados bem como os viúvos eram mais relevantes nos outros concelhos (com 60,2% e 56,8% respectivamente) do que no Funchal (com 39,8% e 43,2% respectivamente). Nos restantes grupos as maiores percentagens foram encontradas no Funchal.

Tabela nº 27. Estado civil por concelhos

Concelhos		Estado Civil					Total
		Solteiro	Casado	Separado	Divorciado	Viúvo	
Funchal	N	22	74	3	2	51	152
	% Concelho	14,5	48,7	2,0	1,3	33,6	100,0
	% Estado civil	68,8	39,8	100,0	66,7	43,2	44,4
Outros	N	10	112	0	1	67	190
	% Concelho	5,3	58,9	0,0	0,5	35,3	100,0
	% Estado civil	31,3	60,2	0,0	33,3	56,8	55,6
Total	N	32	186	3	3	118	342
	% Concelho	9,4	54,4	0,9	0,9	34,5	100,0
	% Estado civil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Classificação social:

Os resultados da tabela nº 28. mostram que 44,4% dos inquiridos

pertenciam à classe social muito baixa e 35,1% à baixa. Se adicionadas estas duas percentagens conclui-se que 79,5% dos idosos pertenciam às duas classes mais baixas.

Tabela nº 28. Distribuição dos idosos por classes sociais

	N	%
Classe I	10	2,9
Classe II	22	6,4
Classe III	38	11,1
Classe IV	120	35,1
Classe V	152	44,4
Total	342	100,0

Uma percentagem superior (39,1%) de homens pertencia à classe IV (baixa) e uma percentagem mais elevada de mulheres (53,3%) à classe V (muito baixa). Na classe I (alta) os homens comparativamente às mulheres eram preponderantes, com percentagens de 60,0% para os primeiros e de 40,0% para as segundas. Na classe V as mulheres apresentaram uma percentagem de 53,3% superior à dos homens nesta mesma classe (27,0%).

As pessoas idosas com 65-74 anos distribuíram-se equitativamente pelas classes IV e V com percentagens de 39,6%. Aquelas com 75-84 anos predominaram na classe V com 54,6%. Os que tinham idades \geq 85 anos apresentaram percentagens de 33,3% nas classes II e V.

No Funchal, 37,5% dos inquiridos pertenciam à classe IV, enquanto nos restantes concelhos, 33,2% pertenciam à mesma classe. Nestes últimos, 58,4% dos inquiridos pertenciam à classe V 58,4% comparativamente aos 27,0% do Funchal.

Por nível de escolaridade, os analfabetos eram preponderantes (61,8%) na classe V; aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade na classe III com 92,1% e nas classes IV e II, ambas com 72,7%; os detentores de mais de 11 anos de escolaridade com 70,0% situavam-se na classe I. Verificou-se que, quantos mais anos de escolaridade os idosos possuíam, mais elevada era a classe social a que pertenciam.

Nas diferentes situações profissionais, foram encontradas percentagens mais elevadas de pessoas na classe V: pensionistas 57,1%; domésticas 46,2%,

reformados 41,9%. Os trabalhadores apresentaram uma percentagem de 50,0% na classe IV e de 33,3% na classe V. As domésticas apresentaram percentagens mais elevadas nas classes II (15,4%) e I (7,7%) comparativamente aos restantes grupos.

Na classe V situaram-se 66,7% dos idosos divorciados, 59,3% dos viúvos, 43,8% dos solteiros e 35,5% dos casados.

Percepção relativa ao rendimento auferido:

Observa-se na tabela nº 29. que, 52,9% da totalidade das pessoas idosas percebem o seu rendimento mensal como fraco e 36,0% como razoável.

Tabela nº 29. Percepção relativa ao rendimento auferido

	N	%
Excelente	1	0,3
Muito bom	7	2,0
Bom	30	8,8
Razoável	123	36,0
Fraco	181	52,9
Total	342	100,0

Dos que consideraram o rendimento mensal razoável, 68,3% eram mulheres e 31,7% eram homens. Daqueles que o consideraram fraco, 55,9% eram também mulheres e 47,0% homens. Contrariamente, os homens que consideraram o seu rendimento muito bom ou bom superaram as mulheres com percentagens de 85,7% e 53,3% para os primeiros e de 14,3% e 46,7% para as segundas.

A percentagem de respondentes que percepcionou o seu rendimento mensal como fraco, aumentou progressivamente com o acréscimo da idade: 65-74 anos 48,6%; 75-84 anos 59,3%; \geq 85 anos 75,0%. Verificou-se o oposto relativamente aos que consideraram o rendimento auferido razoável: 65-74 anos 40,5%; 75-84 anos 29,6% e \geq 85 anos 8,3%.

Os residentes nos outros concelhos apresentaram percentagens superiores comparativamente aos do Funchal ao referirem que o seu rendimento era razoável (51,2%) e fraco (61,5%).

Os idosos que percepcionavam o seu rendimento como razoável (63,4%) e

como fraco (58,0%) possuíam maioritariamente de 1 a 11 anos de escolaridade.

As domésticas (76,9%) e os pensionistas (62,5%) apresentaram percentagens mais elevadas ao considerarem o seu rendimento fraco.

Os solteiros foram quem menos considerou ter rendimento fraco (46,9%) enquanto os separados e os divorciados com 66,7% foram quem mais o fez.

Quando questionados (tabela nº 30.) sobre a quem solicitavam ajuda financeira em caso de necessitarem, 49,7% das pessoas referiram os filhos e 21,1% o cônjuge.

Tabela nº 30. Pessoa a quem os idosos solicitavam ajuda

	N	%
Filhos	170	49,7
Cônjuge	72	21,1
Outros	25	7,3
Irmãos	19	5,6
Serviços Sociais	12	3,5
Vizinhos	9	2,6
Amigos	7	2,0
Netos	5	1,5
Ascendentes	2	0,6
N=342		

Quer os homens (51,3%) quer as mulheres (48,5%) solicitavam mais ajuda aos filhos. Estas por sua vez, solicitavam mais ajuda ao cônjuge (22,0%) do que os homens (19,5%).

Com a progressão da idade, a solicitação de ajuda financeira aos filhos cresceu: 65-74 anos 47,3%; 75-84 anos 52,8%; ≥ 85 anos 66,7%. Verificou-se o oposto relativamente ao cônjuge: 65-74 25,7%; 75-84 13,9%; ≥ 85 anos 0,0%.

As pessoas idosas do Funchal solicitavam menos ajuda aos filhos (45,4%) do que as residentes noutros concelhos (53,2%). O mesmo verificou-se nas solicitações aos cônjuges: no Funchal 20,4% e 21,6% nos outros concelhos.

Quanto mais elevado era o nível de escolaridade das pessoas idosas menos as mesmas solicitavam ajuda económica aos filhos: analfabetos 55,6%; aqueles com 1 a 11anos de escolaridade 47,7% e aqueles com mais de 11 anos de escolaridade 10,0%. A solicitação de ajuda a outros, evidenciou-se nesta última

classe em que 20,0% solicitavam-na, comparativamente aos 7,0% daqueles que detinham 1 a 11 anos de escolaridade e aos 6,8% que eram analfabetos.

As domésticas solicitavam mais ajuda aos filhos (69,2%). Para os idosos com diferentes situações profissionais, os filhos surgiram como a principal fonte de apoio exceptuando para os trabalhadores em que o cônjuge e os filhos foram mencionados de forma equivalente (50,0%).

Os viúvos (69,5%) foram os que mais referiram os filhos como fonte de apoio financeiro.

Percepção relativa à habitação:

Dos inquiridos 44,2% percepcionava a sua habitação como boa e 34,8% como razoável (tabela nº 31.). Conjuntamente, 55,0% das pessoas percepcionavam a sua habitação como boa (44,2%), muito boa (8,8%) ou excelente (2,0%). A habitação foi considerada fraca por 10,2% dos participantes.

Tabela nº 31. Percepção relativa à habitação

	N	%
Excelente	7	2,0
Muito boa	30	8,8
Boa	151	44,2
Razoável	119	34,8
Fraca	35	10,2
Total	342	100,0

Dos homens, 5,2% consideraram a sua habitação fraca e 12,8% das mulheres também. Para os primeiros, a percepção de que a habitação era boa (51,3%), muito boa (10,4%) ou excelente (2,6%) foi superior à das mulheres das quais 40,5% a percepcionava como boa, 7,9% muito boa e 1,8% como excelente.

Nas diferentes classes etárias a percepção que os idosos tinham da sua habitação foi relativamente homogénea. Na classe dos 65-74 anos, na dos 75-84 anos e na dos 85 e mais anos, as percentagens acumuladas por aqueles que consideravam a habitação boa, muito boa ou excelente, foram 53,2% para a primeira classe e 58,3% para as duas últimas duas. Percepcionavam a habitação como fraca, nas diversas classes 10,4%, 10,2% e 8,3% respectivamente.

No Funchal e nos restantes concelhos, a distribuição das respostas não

evidenciou diferenças relevantes.

Das pessoas com escolaridade mais elevada 80,0% consideraram-na boa (50,0%) muito boa (20,0%) e excelente (10,0%) não existindo alguém que tivesse considerado a sua habitação fraca. Foram os analfabetos aqueles que mais referiram habitações razoáveis (36,8%) ou fracas (12,8%). Evidenciaram-se aumentos progressivos nas percentagens apresentadas pelos diferentes inquiridos que consideraram a sua habitação boa, muito boa ou excelente, paralelos ao acréscimo dos anos de escolaridade, constatando-se o inverso em relação àqueles que a consideraram razoável ou fraca.

Os respondentes nas diferentes situações profissionais mencionaram maioritariamente possuir uma boa habitação, exceptuando os trabalhadores que com distribuição equivalente (50,0%) a consideraram boa e razoável.

Os casados foram aqueles que mais consideraram a sua habitação boa (46,8%). Nos outros grupos com diferentes estados civis os viúvos foram os que mais perceberam a habitação como razoável (39,0%). Todavia, uma percentagem superior (41,5%) de viúvos, consideraram também que possuíam uma boa habitação.

Rede social:

Pela tabela nº 32. verifica-se que a pontuação mínima resultante das respostas da totalidade das pessoas que compuseram a amostra foi 5 e a máxima 50. A média resultante das respostas foi $\bar{X} = 30,3$ com um $S = 8,4$, a qual indica que as redes sociais que os idosos detinham eram relativamente extensas. De acordo com Lubben (1988) médias abaixo de 20 são indicativas de redes sociais muito limitadas.

Tabela nº 32. Rede social

	<i>Lubben</i>
Mínimo	5,0
Máximo	50,0
Média (*)	30,3
Desvio padrão	8,4
N	342

(*) Verificou-se a simetria na distribuição das respostas (anexo nº 10.)

Considerando os géneros, a média obtida para os homens foi $\bar{X}_H = 31,3$ com $S_H = 7,6$, comparativamente à obtida para as mulheres, $\bar{X}_M = 29,7$ com $S_M = 8,7$, indicando serem aqueles os que possuíam redes sociais ligeiramente mais extensas.

Nas três classes etárias, os resultados das respostas evidenciaram um decréscimo progressivo nas médias obtidas paralelo ao acréscimo das idades: 65-74 anos $\bar{X} = 30,8$ com $S = 7,9$; 75-84 anos $\bar{X} = 29,5$ com $S = 8,9$; ≥ 85 anos $\bar{X} = 26,3$ com $S = 10,9$, resultados indicativos de que, quanto mais elevadas eram as idades menos extensas eram as redes sociais das pessoas.

A distribuição das respostas das pessoas por concelhos permitiu calcular as seguintes médias: Funchal $\bar{X} = 29,0$ com $S = 9,0$; outros concelhos $\bar{X} = 31,1$ com $S = 7,7$, as quais indicam que os residentes noutros concelhos que não o do Funchal possuíam redes mais extensas.

Paralelamente ao aumento no número de anos de escolaridade evidenciou-se um acréscimo nas médias obtidas pelos inquiridos: analfabetos $\bar{X} = 29,9$ com $S = 8,6$; pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade $\bar{X} = 30,4$ com $S = 8,3$; pessoas com escolaridade superior a 11 anos $\bar{X} = 32,4$ com $S = 8,6$. Estes resultados permitem afirmar que os respondentes com escolaridade mais elevada possuíam redes sociais mais extensas.

As redes sociais dos trabalhadores eram as mais extensas: $\bar{X} = 32,2$ com $S = 4,8$, pensionistas $\bar{X} = 31,2$ com $S = 8,1$, domésticas $\bar{X} = 31,1$ com $S = 8,3$ reformados $\bar{X} = 30,0$ com $S = 8,5$.

Nos diferentes estados civis as médias obtidas variaram. Os casados apresentaram média superior $\bar{X} = 32,1$ com $S = 7,5$ o que permite afirmar que possuíam redes sociais mais alargadas. Os solteiros ($\bar{X} = 28,9$ com $S = 8,3$) e os viúvos ($\bar{X} = 28,3$ com $S = 8,8$) apresentaram médias aproximadas; os separados possuíam redes menos extensas ($\bar{X} = 23,3$ com $S = 11,9$) no entanto, menos limitadas do que as dos divorciados ($\bar{X} = 15,7$ desvio com $S = 9,7$).

Foi verificada a simetria na distribuição dos resultados apresentados com médias (anexo nº 10.).

Percepção de controlo:

Os resultados às questões formuladas sobre a percepção de controlo (tabela nº 33.), mostram que, 92,4% das pessoas percepcionavam controlo sobre as suas vidas; 90,9% consideravam que os seus actos influenciavam o curso das mesmas, 91,2% decidiam por si próprias sobre aquelas e sobre o que queriam fazer. No entanto, 14,3% dos inquiridos referiram que outros decidiam por eles o curso das suas vidas.

Tabela nº 33. Percepção de controlo

	N	%
Controla a sua vida por si próprio?	316	92,4
Os seus actos influenciam o curso da sua vida?	311	90,9
Decide a sua vida por si próprio?	312	91,2
Outros decidem por si o curso da sua vida?	49	14,3
Decide por si próprio o que quer fazer?	312	91,2
	N=342	

Daqueles que admitiram que outros decidiam o curso das suas vidas, 89,8% sinalizaram ser a família a fazê-lo (tabela nº 34.).

Tabela nº 34. Pessoas com controlo sobre a vida dos idosos

	N	%
A sua família	44	89,8
Deus	2	4,1
Estranhos	0	0,0
O destino	0	0,0
A sorte	0	0,0
Outro	0	0,0
Não indicou	3	6,1
Total	49	100,0

Quer os homens quer as mulheres responderam maioritariamente que detinham controlo sobre as suas vidas, os seus actos e decisões. Quando questionados se outras pessoas decidiam das suas vidas, 7,8% dos homens e 17,6% das mulheres, admitiram que sim.

Em todas as classes etárias a maioria das pessoas apresentou uma percepção favorável relacionada com o controlo pessoal sobre a sua vida, os seus actos e decisões. Na classe dos 65-74 anos, 93,2% das pessoas admitiram controlar a sua vida; na dos 75-84 anos 91,7% e na daqueles com idade \geq 85 anos 83,8%. Relativamente à questão “os seus actos influenciam o curso da sua vida?” os resultados positivos foram os seguintes: 65-74 anos 91,9%; 75-84 anos 88,9%; idade \geq 85 anos 91,7%. Quanto ao decidir por si próprio a sua vida as respostas favoráveis distribuíram-se do seguinte modo: 65-74 anos 92,8%; 75-84 anos 88,0%; idade \geq 85 anos 83,3%. Evidenciou-se um decréscimo nas percentagens obtidas da classe dos 65-74 anos para a dos 75-84 anos, em todas as questões formuladas.

Quer no Funchal quer nos restantes concelhos, as percentagens daqueles que percepcionavam controlo sobre as suas vidas, os seus actos e as suas decisões foram elevadas: no Funchal 94,7% admitiram ter controlo sobre as suas vidas, 93,4% decidiam por si próprios sobre as mesmas, 94,1% decidiam por si o que fazer. Neste mesmo concelho, 93,4% dos idosos residentes referiram também, que os seus actos influenciavam o curso das suas vidas. Nos restantes concelhos, 90,5% consideraram ter controlo sobre a própria vida, 89,5% decidiam por si sobre a mesma e 88,9% sobre o que fazer. Dos respondentes destes mesmos concelhos, 88,9% mencionaram igualmente, que os seus actos influenciavam o curso das suas próprias vidas. No Funchal encontraram-se percentagens superiores às dos residentes noutros concelhos, nas diferentes questões relativas ao controlo, verificando-se o oposto quando inquiridos sobre se outras pessoas decidiam por eles o curso das suas vidas.

A percepção de controlo evidenciou-se para os diferentes níveis de escolaridade: analfabetos 94,7% de respostas positivas, detentores de 1 a 11 anos de escolaridade 93,5%, com escolaridade superior a 11 anos 90,0%. Nas pessoas com escolaridade superior a 11 anos, salientou-se um resultado positivo de 100,0% na questão: “os seus actos influenciam o curso da sua vida?” e de 10,0% (o mais baixo das três classes) na questão: “Outras pessoas decidem por si o curso da sua vida?”.

A percepção de controlo foi positiva para a maioria dos inquiridos independentemente da condição profissional. Dos trabalhadores 100,0% possuíam controlo sobre as suas vidas, influenciando-as através dos seus actos e decidindo por eles próprios o que fazer. Admitiram no entanto, com uma percentagem de 16,7%, que outros decidiam por eles o curso das suas vidas. As

domésticas foram as que apresentaram percentagens mais baixas nas diversas questões exceptuando à pergunta: “outros decidem por si o curso da sua vida?” em que as respostas positivas foram 23,5%.

Nos diversos estados civis, os idosos que percepcionavam mais controlo sobre as suas vidas, actos e decisões, foram sempre mais relevantes do que aqueles que assumiram não serem detentores do mesmo. Os separados responderam na totalidade (100,0%) positivamente às diferentes questões exceptuando na relativa ao facto de outras pessoas decidirem o curso das suas vidas, cujo resultado foi 0,0%. Os viúvos e os solteiros, com percentagens de 17,8% e de 15,6%, respectivamente, foram os que mais afirmaram que outros decidiam das suas vidas.

Ocupação do tempo:

Através da tabela nº 35. constata-se que ver televisão e conversar emergiram como ocupações mais referenciadas, com percentagens respectivas de 84,5% e 55,3%. Fazer crochet (7,9%), jogar (7,9%) e fazer ginástica (9,1%), foram as actividades/ocupações menos referidas pelos inquiridos.

Tabela nº 35. Ocupação do tempo/actividades

	N	%
Televisão	289	84,5
Conversar	189	55,3
Jardinar	168	49,1
Passear	157	45,9
Igreja	150	43,9
Compras	139	40,6
Animais	115	33,6
Rádio	106	31,0
Ler	87	25,4
Arranjos	68	19,9
Bordar	64	18,7
Outro	58	17,0
Crianças	55	16,1
Ginástica	31	9,1
Fazer crochet	27	7,9
Jogos	27	7,9
N=342		

No que se reporta ao género, 81,7% dos homens e 85,9% das mulheres que integraram a amostra, mencionaram que ver televisão era a sua principal ocupação. Passear, com 66,1%, foi a segunda ocupação/actividade mais referida pelos homens comparativamente às mulheres nas quais surgiu em sexta posição, com uma percentagem de 35,7%. Em segunda posição com 55,8% as mulheres referenciaram como ocupação/actividade o jardinar. Bordar e fazer crochet foram as duas ocupações que não foram sinalizadas pelos homens. Nas mulheres as ocupações/actividades menos assinaladas foram jogar (4,4%) e fazer ginástica (8,4%).

Relativamente às classes etárias, constatou-se um decréscimo geral para as diferentes ocupações/actividades paralelo ao acréscimo na idade. Exceptuam-se as percentagens relativas ao ver televisão (91,7%) e ao ouvir rádio (41,7%) para aqueles com idades ≥ 85 anos em que, contrariamente, se notaram acréscimos. Nesta mesma classe, houveram quatro ocupações/actividades sugeridas que não foram referenciadas por qualquer pessoa: ginástica, ocupar-se com crianças, fazer crochet e ocupar-se com animais, situação que não se verificou nas restantes classes etárias. Nas três classes etárias consideradas, ver televisão e conversar, foram as ocupações/actividades que se posicionaram em primeira e segunda posições.

Na maior parte das ocupações/actividades assinaladas, os residentes no Funchal, apresentaram percentagens superiores comparativamente às dos residentes nos restantes concelhos. Exceptuaram-se o conversar e o bordar, ocupações/actividades mais sinalizadas pelos residentes fora do Funchal. O jogar (7,9%) e o ocupar-se com animais foram mencionadas de forma equivalente (33,6% e 33,7%) no Funchal e nos restantes concelhos. Ver televisão foi a ocupação mais referida pelos residentes no Funchal (86,2%) e nos restantes concelhos (83,2%).

Considerando os diferentes níveis de escolaridade foram os analfabetos que apresentaram globalmente percentagens inferiores de ocupação. As pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade, em oito das ocupações sugeridas, apresentaram percentagens mais elevadas comparativamente às dos restantes grupos. Naqueles com escolaridade superior a 11 anos foram sinalizadas com percentagens superiores comparativamente aos outros idosos sete ocupações/actividades. Ver televisão foi novamente a ocupação mais referenciada: analfabetos 89,5%; 1 a 11 anos de escolaridade 81,9%; mais de 11 anos de escolaridade 70,0%.

Na amostra os mais ocupados eram efectivamente os trabalhadores e as domésticas. Foram os idosos com estas duas situações profissionais que apresentaram percentagens mais elevadas comparativamente às restantes, em oito das ocupações sugeridas. Ver televisão foi, uma vez mais, a ocupação mais assinalada em todas as situações profissionais. Jogar, bordar, fazer crochet, não foram ocupações/actividades sinalizadas pelas pessoas trabalhadoras, no entanto, surgiram nas domésticas com percentagens de 15,4%; 30,8% e 46,2%, respectivamente.

Independentemente do estado civil, a ocupação mais referida por todos os inquiridos foi ver televisão. Conversar emergiu também com percentagens elevadas nas pessoas com diferentes estados civis.

Acontecimentos de vida significativos:

Através da tabela nº 36., verifica-se que quando questionadas sobre o facto de terem ocorrido ou não acontecimentos de vida significativos no último ano 52,0% das pessoas responderam negativamente.

Tabela nº 36. Acontecimentos de vida significativos

	N	%
Sim	164	48,0
Não	178	52,0
Total	342	100,0

Foram mais os homens que referiram não ter sofrido acontecimentos de vida significativos no ano anterior (64,3%). No que se reporta às mulheres verificou-se o contrário; 54,2% assumiram que os sofreram.

Foram as pessoas com idade ≥ 85 anos que mais admitiram (66,7%) a ocorrência de acontecimentos de vida significativos no ano prévio. Na classe etária dos 75-84 anos 57,4% dos inquiridos não os sinalizaram e na dos 65-74 anos as respostas distribuíram-se quase homogeneamente (49,5% e 50,5%).

No Funchal a distribuição das respostas relacionadas com a ocorrência ou não (49,3% e 50,7%) de acontecimentos de vida significativos no ano prévio foi quase homogénea. Nos restantes concelhos foram referidos menos acontecimentos no ano anterior (46,8%).

Daqueles idosos que mencionaram que os mesmos ocorreram, 61,6% possuíam de 1 a 11 anos de escolaridade. Os analfabetos tiveram uma

percentagem mais elevada de respostas negativas 56,4%.

As domésticas apresentaram uma percentagem superior (76,9%) de respostas afirmativas. Dos reformados 53,9% responderam negativamente, verificando-se para as restantes situações profissionais uma distribuição homogénea.

Os solteiros referiram com 56,3% que não ocorreram acontecimentos significativos no ano anterior. Foram os divorciados que apresentaram uma percentagem mais elevada (66,7%) de respostas negativas. Contrariamente, também com 66,7%, os separados sinalizaram a ocorrência de acontecimentos significativos no período em apreço. A distribuição das respostas nas restantes situações relacionadas com o estado civil foi relativamente homogénea.

Na tabela nº 37. verifica-se que das pessoas idosas que admitiram a ocorrência de acontecimentos significativos, 84,8% foram afectadas negativamente pelos mesmos.

Tabela nº 37. Acontecimentos de vida significativos: modo como afectaram os idosos

	N	%
Positivamente	23	14,0
Negativamente	139	84,8
Não indicou	2,0	1,2
Total	164	100,0

Dos acontecimentos ocorridos 45,2% foram relacionados com a saúde e 40,9% com a vida familiar (tabela nº 38.).

Tabela nº 38. Natureza dos acontecimentos de vida significativos

	N	%
De saúde	74	45,1
Familiar	67	40,9
Outra	11	6,7
Económica	6	3,7
Relacionada com a sua habitação	3	1,8
Social	2	1,2
Não indicou	1	0,6
Total	164	100,0

Os homens (53,7%) referiram mais acontecimentos relacionados com a saúde e as mulheres (44,7%) com a vida familiar.

Relativamente às classes etárias, 50,0% das pessoas com 65-74 anos, sinalizaram acontecimentos relativos à saúde enquanto 52,2% daquelas com 75-84, referiram acontecimentos relacionados com a família. Nos inquiridos com 85 e mais anos, os acontecimentos relacionados com a saúde e com a família foram sinalizados equitativamente (50,0%).

A ocorrência de acontecimentos relacionados com a saúde e com a família foi preponderante quer no Funchal quer nos outros concelhos. No Funchal, ocorreram 41,3% acontecimentos relacionados com a saúde e 45,3% com a família; nos outros concelhos 48,3% com a saúde e 37,1% com a família.

Os analfabetos apresentaram uma percentagem superior (46,6%) de acontecimentos relativos à família e os que possuíam de 1 a 11 anos de escolaridade (47,5%) relacionados com a saúde. Aqueles com mais de 11 anos de escolaridade, sinalizaram maioritariamente (80,0%) acontecimentos relativos à saúde.

Os trabalhadores (66,7%) assinalaram mais acontecimentos de saúde bem como os reformados (42,9%). As domésticas (50,0%) e os pensionistas (42,9%), sinalizaram mais os acontecimentos relacionados com a família. Em todas as situações profissionais foram os acontecimentos relativos à saúde e à família, os mais realçados como significativos.

Os casados e os solteiros referiram os acontecimentos relativos à saúde com maiores percentagens (58,2% e 42,9% respectivamente); os separados sinalizaram de forma equivalente (50,0%) os dois tipos de acontecimentos; os divorciados e viúvos mencionaram com percentagens superiores (100,0% e 57,1%) os acontecimentos relacionados com a família.

Os resultados à pergunta “no último ano sofreu algum desgosto?” indicaram que 56,4% das pessoas idosas não sofreu qualquer desgosto (tabela nº 39.).

Tabela nº 39. Desgostos no ano prévio

	N	%
Sim	149	43,6
Não	193	56,4
Total	342	100,0

As mulheres que sofreram desgostos foram mais numerosas (50,2%) que os homens (30,4%).

Foi relativamente aos idosos na classe com idades ≥ 85 anos que se evidenciaram mais elevadas (75,0%) as respostas afirmativas. Nas classes dos 65-74 anos e dos 75-84 anos (com 56,3% e 60,2%, respectivamente), as respostas negativas à questão suplantaram as positivas.

Na distribuição por concelhos verificamos que os inquiridos que sofreram desgostos, apresentaram percentagem um pouco inferior no Funchal (42,1%) comparativamente às dos restantes concelhos (44,7%).

Paralelamente ao aumento dos anos de escolaridade verificou-se um decréscimo na percentagem de pessoas que referiram ter sofrido desgostos: analfabetos 45,9%; detentores de 1 a 11 anos de escolaridade 42,7% e escolaridade superior a 11 anos 30,0%.

Os trabalhadores e as domésticas mencionaram mais desgostos (56,6% e 62,5%, respectivamente) no ano prévio.

Os inquiridos separados admitiram, maioritariamente (66,7%), ter sofrido desgostos no ano transacto, bem como, todos (100,0%) os inquiridos divorciados.

Autonomia física:

Capacidade para a deslocação dentro de casa e na rua:

Através da tabela nº 40. observa-se que a maioria dos questionados (89,2%) referiu possuir capacidade para deslocar-se sem apoio dentro de casa, sendo menor a percentagem (83,9%) daqueles que mencionaram deslocar-se na rua nas mesmas circunstâncias (tabela nº 41.).

Tabela nº 40. Capacidade para a deslocação dentro de casa

	N	%
Com apoio	35	10,2
Sem apoio	305	89,2
Não indicou	2	0,6
Total	342	100,0

Tabela nº 41. Capacidade para a deslocação na rua

	N	%
Com apoio	53	15,5
Sem apoio	287	83,9
Não indicou	2	0,6
Total	342	100,0

As percentagens de homens que referiram possuir capacidade para se deslocarem sem apoio em casa (95,7%) e na rua (89,1%) foram superiores às das mulheres (85,9% dentro de casa e 81,1% na rua). Com o avanço da idade verificou-se um decréscimo progressivo na percentagem de pessoas que referiram possuir capacidade para deslocar-se dentro de casa e na rua sem apoio. O decréscimo foi mais evidente para as deslocações na rua. Dentro de casa: 65-74 anos 91,4%, 75-84 anos 85,2%, ≥ 85 anos 83,3%. Na rua: 65-74 anos 87,8%; 75-84 anos 79,6%, ≥ 85 anos 50,0%.

Por concelhos, os residentes no Funchal apresentaram percentagens mais elevadas em comparação aos dos outros concelhos na capacidade para se deslocar dentro de casa e na rua sem apoio (dentro de casa: Funchal 91,4%, outros concelhos 87,4%; na rua: Funchal 88,2%, outros concelhos 80,5%).

Paralelamente ao acréscimo no número de anos de escolaridade evidenciaram-se aumentos daqueles com capacidade para deslocar-se sem apoio dentro e fora de casa. Dentro de casa: analfabetos 88,0%, com 1 a 11 anos de escolaridade 89,4%, com mais de 11 anos de escolaridade 100,0%. Na rua: analfabetos 80,5%, com 1 a 11 anos de escolaridade 85,4%, com mais de 11 anos de escolaridade 100,0%.

Todos os trabalhadores possuíam capacidade para deslocar-se dentro de casa e na rua. As domésticas apresentaram percentagens mais elevadas e equivalentes (30,8%), relacionadas com a necessidade de apoios para as deslocações dentro de casa e na rua.

Os casados referiram mais capacidade para deslocar-se sem apoio dentro de casa (92,5%) e na rua (88,2%). Os separados e os divorciados surgiram com maior necessidade de apoios (33,3%) nas deslocações dentro e fora de casa.

Capacidade física para satisfazer necessidades próprias:

Da totalidade dos participantes 75,1% considerou que possuía sempre capacidade física para satisfazer as suas necessidades. O mesmo acontecia quase

sempre a 14,9% dos idosos. Conjuntamente, as pessoas nestas circunstâncias perfizeram 90,0% da amostra (tabela nº 42.).

Tabela nº 42. Capacidade física para satisfazer necessidades

	N	%
Sempre	257	75,1
Quase sempre	51	14,9
Poucas vezes	18	5,3
Raramente	7	2,0
Nunca	7	2,0
Não indicou	2	0,6
Total	342	100.0

Os homens (80,9%), comparativamente às mulheres (72,2%), obtiveram uma percentagem superior relacionada com a capacidade física para realizar sempre as actividades dirigidas à satisfação das suas necessidades. Das mulheres, 11,0% referiram que poucas vezes, raramente ou nunca as conseguiam concretizar. Apenas 6,1% dos homens tinham situações idênticas.

Com o avanço da idade, os idosos que conseguiam realizar sempre as actividades necessárias à satisfação das suas necessidades decresceram: com 65-74 anos 77,5%; com 75-84 anos 72,2% e com idades \geq 85 anos 58,3%. A classe etária dos 75-84 anos foi aquela em que mais participantes referiram (17,6%) que quase sempre conseguiam realizá-las. Aqueles com idades \geq 85 anos foram os que mais referiram que raramente (8,3%) e poucas vezes (16,7%) conseguiam concretizá-las.

Dos residentes no Funchal 77,0% responderam que conseguiam sempre realizar as actividades em apreço, verificando-se o mesmo com 73,7% dos residentes nos outros concelhos.

Paralelamente à progressão no nível de escolaridade, aumentaram as percentagens dos idosos que conseguiam realizar sempre as actividades para a satisfação das suas necessidades: analfabetos 63,9%; com 1 a 11 anos de escolaridade 81,9% e com escolaridade superior a 11 anos 90,0%.

Os trabalhadores maioritariamente (83,3%), possuíam sempre, as capacidades físicas necessárias à satisfação das suas necessidades. Agrupadas as respostas das pessoas idosas que sempre ou quase sempre realizavam as

actividades em apreço, foram os reformados que apresentaram percentagem mais elevada (91,4%).

Os casados referiram mais (79,6%) que conseguiam realizar sempre as actividades para satisfazerem as suas necessidades.

Aqueles que poucas vezes, raramente ou nunca, conseguiam realizar as actividades necessárias à satisfação das suas necessidades, quando questionados sobre há quanto tempo tal acontecia, 50,0% referiram que há mais de seis meses e 11,8% há menos de seis meses.

Actividades básicas da vida diária:

A distribuição das pessoas relativamente à independência/dependência no que se reporta às ABVD foi a que consta da tabela nº 43.

Tabela nº 43. Actividades básicas de vida diária

	N	%
Independente	326	95,3
Dependente	6	1,8
Não respondeu	10	2,9
Total	342	100,0

Observa-se que 95,3% das pessoas idosas eram independentes na satisfação das ABVD.

Na amostra, as mulheres (83,3%) quando comparadas com os homens (16,7%) apresentaram maior dependência. Salientamos que apenas 1,8% das pessoas idosas estudadas eram dependentes.

Relembra-se que neste estudo, a independência é concomitante com alguma dependência circunscrita a certas ABVD.

Os idosos dependentes foram identificados na classe etária dos 75-84 anos (2,8%) e na dos 65-74 anos (1,4%). A totalidade dos inquiridos com idade \geq 85 anos eram independentes nas ABVD.

Quer as pessoas idosas independentes quer as dependentes surgiram com percentagens mais elevadas nos outros concelhos que não o do Funchal (independentes outros concelhos 96,8% e Funchal 93,4%; dependentes outros concelhos 2,6% e Funchal 0,7%).

Em relação ao nível de escolaridade, os analfabetos e aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade tinham percentagens semelhantes (95,5%) referentes à

independência nas ABVD. As pessoas dependentes representavam 2,3% dos inquiridos analfabetos. As não respostas corresponderam a 10,0% da totalidade das pessoas com mais de 11 anos de escolaridade.

Na amostra 100,0% dos trabalhadores eram independentes nas ABVD bem como 95,5% dos reformados, 94,6% dos pensionistas e 92,3% das domésticas.

Os mais dependentes eram os pensionistas com 5,4%. As pessoas dependentes eram em maior percentagem (6,3%) solteiras.

Autonomia instrumental:

Em relação às várias actividades contempladas na avaliação da autonomia instrumental, verifica-se pela tabela nº 44. que 61,7% dos idosos responderam ser capazes de atender o telefone, procurar e ligar números de telefone. Apenas 3,8% admitiram não usar o telefone.

Tabela nº 44. Usar o telefone

	N	%
Não usa o telefone	13	3,8
Atende o telefone, mas não faz telefonemas	49	14,3
Atende o telefone e liga nºs de telefone conhecidos	51	14,9
Atende o telefone, procura e liga nºs de telefone	211	61,7
Não tem telefone	16	4,7
Sem resposta	2	0,6
Total	342	100,0

Através da tabela nº 45. constata-se que 64,0% dos inquiridos mencionaram fazer sozinhos todas as compras necessárias. Foram 7,0% aqueles que responderam ser incapazes de fazer compras e 10,5% os que requeriam companhia para as efectuarem.

Tabela nº 45. Fazer compras

	N	%
Incapaz de fazer compras	24	7,0
Requer companhia para fazer qualquer compra	36	10,5
Faz sozinho pequenas compras	60	17,5
Faz sozinho todas as compras necessárias	219	64,0
Não faz compras	1	0,3
Sem resposta	2	0,6
Total	342	100,0

A maioria dos inquiridos (68,4%) respondeu possuir capacidade para governar o dinheiro (tabela nº 46.) e para realizar as operações relacionadas com o mesmo. Apenas 5,3% dos idosos eram incapazes de se servir do dinheiro.

Tabela nº 46. Gerir o dinheiro

	N	%
Incapaz de se servir do dinheiro	18	5,3
Faz pequenas contas do dia a dia, ajuda nas maiores	87	25,4
Governa tudo (saldos, cheques, paga renda, paga contas)	234	68,4
Sem resposta	3	0,9
Total	342	100,0

Relativamente à toma dos medicamentos verificamos através da tabela nº 47. que 89,5% dos idosos eram autónomos. Uma pequena percentagem dos inquiridos (2,0%) admitiu ser incapaz de o fazer.

Tabela nº 47. Tomar medicamentos

	N	%
Incapaz de tomar os seus medicamentos	7	2,0
Toma a sua medicação se for preparada em doses separadas	21	6,1
Toma os seus medicamentos na dose e tempo certos	306	89,5
Não toma medicação	6	1,8
Sem resposta	2	0,6
Total	342	100,0

Para se deslocarem em transportes públicos (tabela nº 48.), 59,9% dos idosos estavam capacitados, existindo 2,0% de inquiridos que não se deslocavam em transportes e 10,8% que só se deslocavam se acompanhados.

Tabela nº 48. Usar transportes

	N	%
Não se desloca em transportes	7	2,0
Só se desloca se acompanhado	37	10,8
Só se desloca se acompanhado, em transportes públicos	23	6,7
Desloca-se sozinho, apenas em táxi	19	5,6
Desloca-se sozinho, em transportes públicos	205	59,9
Guia carro	50	14,6
Sem resposta	1	0,3
Total	342	100,0

Para planear, preparar e servir refeições adequadas (tabela nº 49.), 71,6% dos idosos mantinham a sua autonomia, havendo referência por parte de 10,5% de inquiridos à necessidade de refeições preparadas e aquecidas.

Tabela nº 49. Preparar refeições

	N	%
Necessita das refeições preparadas e servidas	36	10,5
Aquece e serve refeições preparadas	31	9,1
Faz refeições com dieta inadequada	2	0,6
Prepara refeições adequadas, se lhe derem os ingredientes	27	7,9
Planeia, prepara e serve refeições adequadas	245	71,6
Sem resposta	1	0,3
Total	342	100,0

Na realização da lida da casa (tabela nº 50.), 57,9% dos inquiridos revelaram autonomia e 13,5% referiram que não participavam nas tarefas domésticas.

Tabela nº 50. Fazer a lida da casa

	N	%
Não participa em tarefas domésticas	46	13,5
Requer ajuda em tarefas domésticas leves e pesadas	17	5,0
Apenas faz tarefas leves diárias (com/sem limpeza adequada)	80	23,4
Faz todas as tarefas, com ajuda ocasional em tarefas pesadas	198	57,9
Sem resposta	1	0,3
Total	342	100,0

Relativamente ao tratamento e lavagem da roupa (tabela nº 51.), 56,4% dos idosos faziam-nos sozinhos, verificando-se, no entanto, que foi nesta actividade que surgiu uma percentagem superior de pessoas que eram dependentes de outros (31,3%).

Tabela nº 51. Lavar/tratar da roupa

	N	%
A roupa é tratada por outros	107	31,3
Apenas lava pequenas peças de roupa	41	12,0
Trata completamente da sua roupa	193	56,4
Sem resposta	1	0,3
Total	342	100,0

Globalmente, nas diferentes actividades avaliadas, os idosos autónomos apresentaram percentagens superiores.

Ao compararmos homens e mulheres relativamente à autonomia para a concretização das diversas AIVD, verificamos o seguinte:

Usar o telefone: atendiam o telefone, procuravam e ligavam números de telefone 75,7% dos homens e 54,6% das mulheres; não usavam o telefone 2,6% dos homens e 4,4% das mulheres.

Fazer compras: faziam sozinhos todas as compras necessárias 72,2% dos homens e 59,9% das mulheres; estavam incapazes para fazer compras 4,3% dos homens e 8,4% das mulheres.

Gerir o dinheiro: governavam sozinhos o seu dinheiro e realizavam as operações necessárias 83,5% dos homens e 60,8% das mulheres; estavam incapazes para o fazer 2,6% dos homens e 6,6% das mulheres.

Tomar os medicamentos: os medicamentos eram tomados na dose e tempo certos por 87,0% dos homens e por 90,7% das mulheres; eram incapazes de os tomarem sozinhos 2,6% dos homens e 1,8% das mulheres. Com percentagens quase equivalentes 6,1% dos idosos e 6,2% das idosas precisavam de ajuda na preparação da toma de medicação.

Usar transporte: os homens com uma percentagem superior (49,6%), deslocavam-se sozinhos em transporte público verificando-se situação idêntica com as mulheres (65,2%). No entanto, 36,5% dos idosos guiavam carro o que acontecia com apenas 3,5% das idosas. Não houve referência pelos homens a que não usassem transportes públicos, todavia, 9,6% admitiram que só o faziam se acompanhados. As mulheres com percentagens respectivas de 3,1% e de 11,5% admitiram que não se deslocavam em transportes públicos ou que só o faziam se acompanhadas.

Preparar refeições: os idosos (48,7%) revelaram menor autonomia para planear, preparar e servir refeições do que as idosas (83,3%). Os primeiros com percentagens de 14,8% e 17,4% respectivamente, necessitavam de refeições preparadas e servidas ou aqueciam e serviam refeições preparadas, o que também se constatou apenas para 8,4% e 4,8% das mulheres.

Fazer a lida de casa: os homens (40,9%) eram também menos autónomos que as mulheres (66,5%) a fazer todas as tarefas, com ajuda ocasional para tarefas pesadas. Os primeiros (26,1%) ultrapassaram as mulheres (7,0%) ao referirem que não participavam nas tarefas domésticas.

Lavar/tratar da roupa: foi nesta actividade instrumental que os idosos mostraram menos autonomia. Apenas 26,1% dos homens tratavam completamente da sua roupa comparativamente às mulheres que maioritariamente (71,8%) o fazia.

Relativamente às classes etárias e aos diferentes itens contemplados na escala que avaliou as AIVD, os principais resultados foram os subseqüentes:

Usar o telefone: atendiam o telefone, procuravam e ligavam números de telefone 63,2% dos idosos com 65 a 74 anos bem como 59,3% daqueles com 75 a 84 anos e 58,3% dos que possuíam idade ≥ 85 anos. Evidenciou-se um decréscimo progressivo nas percentagens determinadas paralelo ao aumento da idade.

Fazer compras: faziam sozinhos todas as compras necessárias 68,9% dos idosos com 65 a 74 anos assim como 57,4% daqueles com 75 a 84 anos e 33,3% dos incluídos na classe de idades ≥ 85 anos. Verificamos uma diminuição progressiva na autonomia nesta actividade com a progressão na idade.

Gerir o dinheiro: a capacidade para gerir o seu próprio dinheiro foi revelada por 73,0% dos inquiridos com 65 a 74 anos, por 59,3% daqueles com 75 a 84 anos e por 66,7% dos que possuíam idades ≥ 85 anos.

Tomar medicamentos: tomavam os seus medicamentos na dose e tempo certos 90,7% dos idosos com 65 a 74 anos verificando-se o mesmo para 87,0% dos que tinham 75 a 84 anos e para 91,7% daqueles com idades ≥ 85 anos.

Usar os transportes: os idosos mostraram diminuição progressiva na autonomia para utilizar os transportes públicos à medida que a idade progrediu. Daqueles com 65 a 74 anos 64,5% utilizavam-nos, dos que possuíam 75 a 84 anos 56,5% também o fazia, o que se verificava apenas para 16,7% dos que tinham idade ≥ 85 anos.

Preparar refeições: houve também um decréscimo progressivo na autonomia para planear, preparar e servir refeições com paralelo no aumento da idade. Na classe dos 65 aos 74 anos 76,1% dos idosos eram capazes de o fazer, na dos 75 aos 74 anos o mesmo acontecia com 66,7% dos inquiridos e a 33,3% daqueles com idade ≥ 85 anos.

Fazer a lida de casa: realizavam todas as tarefas com ajuda ocasional nas tarefas pesadas 62,6% dos idosos com 65 a 74 anos bem como 51,9% dos que tinham 75 a 84 anos e 25,0% daqueles com idade ≥ 85 anos. Evidenciou-se uma diminuição progressiva na autonomia para a realização da actividade em apreço com o aumento da idade dos inquiridos.

Lavar/tratar a roupa: uma vez mais houve um progressivo declínio na autonomia dos idosos concomitantemente ao aumento da idade. Se na classe dos 65 aos 74 anos 58,6% dos inquiridos tratava completamente a sua roupa, na dos 75 aos 84 anos 53,7% também o faziam. Na classe com idade \geq 85 anos, a percentagem encontrada foi de 41,7%.

Globalmente, nas diferentes actividades avaliadas exceptuando na gestão do dinheiro e na toma de medicação, constatou-se um decréscimo progressivo na autonomia dos idosos das classes etárias superiores.

Seguidamente procura-se comentar os principais resultados encontrados relativos à autonomia nas AIVD nos diferentes concelhos.

Usar o telefone: atender o telefone, procurar e ligar números de telefone eram actividades concretizadas por 71,7% dos idosos do Funchal e por 53,7% dos residentes nos outros concelhos.

Fazer compras: dos residentes no Funchal, 67,8% revelaram autonomia para fazerem sozinhos todas as compras necessárias verificando-se situação semelhante com 61,1% dos residentes nos outros concelhos.

Gerir o dinheiro: governavam sozinhos o seu dinheiro e faziam as operações necessárias 69,7% dos idosos residentes no Funchal e de 69,7% dos residentes em outros concelhos.

Tomar os medicamentos: foram em menor percentagem (86,8%) os idosos residentes no Funchal que referiram tomar os seus medicamentos na dose e tempos certos comparativamente aos residentes nos outros concelhos (91,6%). Saliente-se que a percentagem dos inquiridos que não tomava medicação era superior no Funchal (2,6%) comparativamente aos outros concelhos (1,1%).

Usar transportes: no Funchal, 61,8% dos idosos deslocava-se sozinho em transportes públicos e 18,4% guiava carro. As percentagens determinadas nestes itens para os idosos residentes em outros concelhos foram respectivamente de 58,4% e 11,6%.

Preparar refeições: os residentes no Funchal planeavam, preparavam e serviam refeições em maior percentagem (75,7%) do que os residentes nos outros concelhos (68,4%).

Fazer a lida de casa: No Funchal, referiram fazer todas as tarefas caseiras, apenas com ajuda ocasional nas tarefas mais pesadas 56,6% dos inquiridos verificando-se o mesmo para 58,9% dos residentes em outros concelhos.

Lavar/tratar a roupa: o tratamento completo da roupa era efectuado por 59,2% dos idosos do Funchal e por 54,2% dos outros concelhos.

Na generalidade das AIVD, as diferenças mais acentuadas encontradas entre os residentes no Funchal e em outros concelhos foram relativas ao uso do telefone e ao fazer compras. Os idosos do Funchal revelaram-se um pouco mais autónomos do que os residentes em outros concelhos, exceptuando na toma de medicamentos e na realização da lida de casa.

No referente à avaliação da autonomia que os idosos possuíam nas diferentes AIVD relacionando-a com o nível de escolaridade, obtiveram-se os resultados seguidamente apresentados.

Usar o telefone: quanto menor a escolaridade, menor a percentagem de idosos com autonomia para atender o telefone, procurar e ligar números de telefone. Em conformidade, apenas 29,3% dos analfabetos o conseguia fazer comparativamente aos 81,4% dos que possuíam de 1 a 11 anos de escolaridade e aos 100,0% dos que tinham escolaridade superior a 11 anos.

Fazer compras: verificamos que 50,4% dos idosos analfabetos realizavam sozinhos todas as compras necessárias sendo o mesmo, realidade para 72,4% dos que detinham 1 a 11 anos de escolaridade e para 80,0% daqueles com escolaridade superior a 11 anos. Houve um acréscimo nas percentagens apresentadas paralelo ao aumento do nível de escolaridade.

Gerir o dinheiro: os inquiridos com maior escolaridade apresentaram percentagens superiores relativas à capacidade para governarem o dinheiro: analfabetos 49,6%; detentores de 1 a 11anos de escolaridade 79,9% e com mais de 11 anos de escolaridade 90,0%.

Tomar medicação: ingeriam na dose e no tempo certo os medicamentos 86,5% dos analfabetos bem como 91,0% daqueles com 1 a 11anos de escolaridade e 100,0% dos detentores de escolaridade superior a 11 anos. Uma vez mais constatamos um aumento progressivo nas percentagens de idosos que eram autónomos nesta actividade instrumental, paralelo ao acréscimo no nível de escolaridade.

Usar transportes: dos inquiridos analfabetos 64,7% deslocava-se sozinho em transportes públicos, dos que possuíam 1 a 11 anos de escolaridade 59,3% também e apenas 10,0% daqueles com escolaridade superior a 11 anos. Todavia, verificou-se um acréscimo nas percentagens de idosos que conduziam carro com o aumento do nível de escolaridade: superior a 11 anos 80,0%; com 1 a 11 anos 18,1% e analfabetos 4,5%.

Preparar refeições: as percentagens para as pessoas com diferentes níveis de escolaridade foram aproximadas: analfabetos 69,9%, detentores de 1 a 11 anos 72,9% e com escolaridade superior a 11 anos 70,0%.

Fazer a lida de casa: as percentagens dos que faziam todas as tarefas com ajuda ocasional em tarefas pesadas foram para os analfabetos 55,6%, para aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade 59,8% e para os que tinham mais de 11 anos de escolaridade 50,0%.

Lavar/tratar a roupa: nesta actividade as percentagens de inquiridos autónomos foram superiores às dos que não eram capazes de concretizar sozinhos, nas diferentes classes relacionadas com o nível de escolaridade. Para os analfabetos a percentagem foi 51,1%, para os que possuíam 1 a 11 anos de escolaridade 59,8% e para os que tinham escolaridade superior a 11 anos 60,0%. Constatou-se um aumento progressivo nas percentagens determinadas paralelo ao aumento no nível de escolaridade.

Relacionando a situação profissional com as AIVD foram encontradas as percentagens referidas a seguir:

Usar o telefone: os reformados (63,7%) foram os que mais referiram atender o telefone, procurar e ligar números de telefone. As domésticas (61,5%) foram as que surgiram colocadas na segunda posição. Curiosamente os inquiridos trabalhadores (33,3%) foram os que menos referiram concretizar as actividades em apreço. Ressalve-se que estes últimos, apresentaram uma percentagem superior (33,3%) ao referirem apenas atender o telefone e ligar números de telefone conhecidos.

Fazer compras: os trabalhadores (83,3%) e os reformados (66,3%) foram os que mais admitiram fazer sozinhos todas as compras. As domésticas e os pensionistas apresentaram percentagens idênticas, respectivamente de 53,8% e de 53,6% nesta AIVD.

Gerir o dinheiro: os reformados (70,8%) e os trabalhadores (66,7%) apresentaram-se mais autónomos na gestão do seu dinheiro e nas operações relacionadas. As domésticas (61,5%) e os pensionistas (58,9%), surgindo com percentagens ligeiramente inferiores, eram também maioritariamente autónomos nesta AIVD.

Tomar medicamentos: em relação a esta actividade os trabalhadores eram os que menos tomavam medicamentos (16,7%). Os pensionistas (92,9%) bem como os reformados (89,5%) eram mais autónomos na ingestão dos medicamentos.

Usar transportes: os trabalhadores (83,3%) deslocavam-se mais em transportes públicos do que os idosos nas restantes situações relativas à profissão. Foram os reformados que mais admitiram que guiavam carro (17,2%) logo seguidos pelos trabalhadores (16,7%).

Preparar refeições: planear, preparar e servir refeições adequadas surgiu como AIVD amplamente realizada pelas domésticas (84,2%) e pelos pensionistas (82,1%). Os trabalhadores (66,7%) foram os que menos referiram realizar esta actividade.

Fazer a lida de casa: novamente as domésticas mencionaram com percentagem mais elevada (84,6%) realizar todas as tarefas, com ajuda ocasional apenas para as mais pesadas. Os reformados eram os que menos as concretizavam (55,1%).

Lavar/tratar a roupa: esta foi também uma das AIVD em que as domésticas (84,6%) sobressaíram em comparação com os idosos noutras situações, ao mencionarem tratar completamente da sua roupa. Apenas 51,7% dos reformados também o faziam, sendo que 35,6% admitiram que a mesma era tratada por outros.

Ao considerar-se a autonomia nas AIVD na sua relação com o estado civil, encontraram-se os resultados a seguir apresentados:

Usar o telefone: os idosos solteiros (46,9%) e os viúvos (57,6%) foram os que menos eram capazes de atender o telefone, procurar e ligar números de telefone. O inverso verificou-se com os divorciados (100,0%) que mais referiram fazê-lo.

Fazer compras: os que menos efectuavam todas as compras sozinhos eram os viúvos (53,4%) e os que mais o faziam eram os casados (71,0%).

Gerir o dinheiro: os solteiros (53,1%) e os viúvos (65,3%) surgiram com percentagens inferiores nesta AIVD. Governar o dinheiro e realizar as operações necessárias com autonomia, foram actividades mencionadas por 100,0% dos idosos separados.

Tomar medicamentos: tomavam sozinhos os medicamentos 100,0% dos inquiridos separados e dos divorciados. Novamente os inquiridos viúvos (88,1%) foram os que menos disseram fazê-lo.

Usar transportes: os idosos separados referiram na totalidade deslocar-se sozinhos em transportes públicos. Os casados foram os que mais disseram (57,0%) que se deslocavam em transportes públicos e que guiavam carro (22,6%).

Os solteiros mencionaram com maior percentagem de 12,5%, que não se deslocavam em transportes públicos.

Preparar refeições: a totalidade dos idosos separados, planeavam, preparavam e serviam mais refeições adequadas (100,0%). Comparativamente aos restantes grupos, os solteiros necessitavam mais de refeições preparadas (12,5%).

Fazer a lida de casa: com igual percentagem (66,7%) os separados e os divorciados faziam todas as tarefas caseiras, com ajuda ocasional para tarefas pesadas. Os viúvos eram os que menos as concretizavam (52,5%). Eram todavia os casados que menos participavam nas tarefas domésticas (14,5%) seguidos pelos viúvos com 13,6%.

Lavar/tratar a roupa: nesta AIVD os inquiridos separados (100,0%) eram os mais autónomos. Os casados (36,0%) foram os que mencionaram com percentagem superior que a sua roupa era tratada por outros.

Globalmente, no conjunto das AIVD, verificou-se alguma heterogeneidade nas respostas dos respondentes com diferentes estados civis. Foram no entanto, os solteiros e os viúvos que evidenciaram menor autonomia em diversas AIVD.

Em síntese: nas diversas AIVD os itens que apresentaram maiores percentagens reveladoras da autonomia dos idosos encontram-se agrupados no quadro nº 5.

Quadro nº 5. Percentagens de idosos mais autónomos nas AIVD

Actividade	%
Atendia o telefone, procurava e ligava números de telefone	61,7
Fazia sozinho todas as compras necessárias	64,0
Governava o seu dinheiro, realizava operações necessárias	68,4
Tomava os medicamentos na dose e tempo certos	89,5
Deslocava-se sozinho em transportes públicos	59,9
Planeava, preparava e servia refeições adequadas	71,6
Fazia todas as tarefas caseiras, com ajuda ocasional em tarefas pesadas	57,9
Tratava completamente da sua roupa	56,4

Inversamente os itens nas AIVD em que os idosos revelaram menor autonomia, apresentam-se no quadro nº 6.

Quadro nº 6. Percentagens de idosos menos autónomos nas AIVD

Actividade	%
Não usa o telefone	3,8
Incapaz de fazer compras	7,0
Incapaz de se servir do dinheiro	5,3
Incapaz de tomar os seus medicamentos	2,0
Não se desloca em transportes	2,0
Necessita de refeições preparadas e servidas	10,5
Não participa em tarefas domésticas	13,5
A roupa é tratada por outros	31,3

Percepção relacionada com a saúde:

Saúde no presente:

Uma percentagem superior (49,4%) de pessoas idosas considerou a sua saúde razoável, 22,5% fraca e 8,2% má. Apenas 16,4% consideraram boa e 3,5% muito boa. Conjuntamente 30,7% dos respondentes consideraram-na de forma negativa e 19,9% de forma positiva (tabela nº 52.).

Tabela nº 52. Percepção relativa à saúde no presente

	N	%
Má	28	8,2
Fraca	77	22,5
Razoável	169	49,4
Boa	56	16,4
Muito boa	12	3,5
Total	342	100,0

Quer os homens (54,8%) quer as mulheres (46,7%) percepcionavam mais a sua saúde como razoável, todavia os homens que a percepcionavam como boa (26,1%) ou como muito boa (5,2%) ultrapassaram as mulheres, as quais apresentaram percentagens de 11,5% para a saúde boa e de 2,6% para a muito boa.

Em todas as classes etárias, aqueles que consideraram a sua saúde razoável tiveram percentagens superiores. Nas classes dos 65-74 anos e dos 75-84 anos aquelas foram quase equivalentes (49,5% e 50,0%) para a saúde razoável. Dos respondentes com idades ≥ 85 anos, 41,7% também percepcionavam a sua saúde como razoável. Nesta mesma classe etária, 25,0% consideraram a sua saúde fraca e 8,2% má. Estas percentagens não foram, contudo, muito distintas das encontradas para as outras duas classes etárias consideradas: 65-74 anos, saúde fraca 21,6% e saúde má 9,5%; 75-84 anos, saúde fraca 24,1% e saúde má 5,6%.

Na distribuição dos idosos por concelhos e em relação à percepção que tinham da sua saúde, constatou-se um predomínio dos que a consideraram boa (18,4%) ou muito boa (6,6%) no Funchal, em comparação aos residentes nos outros concelhos, nos quais 14,7% afirmaram que era boa e 1,1% muito boa. O inverso verificou-se para os que a consideraram fraca (19,1% no Funchal e 25,3% nos outros concelhos) ou má (5,3% no Funchal e 10,5% nos outros concelhos). Para 50,7% dos inquiridos do Funchal a saúde foi referida como razoável e para 48,4% dos outros concelhos também.

Em relação aos anos de escolaridade, verificou-se que quer os analfabetos (49,6%) quer aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade (50,3%), consideraram com percentuais mais elevados, a sua saúde razoável. Paralelamente ao acréscimo no número de anos de escolaridade, verificaram-se decréscimos relativamente à percepção de que a saúde era má ou fraca, e, inversamente, acréscimos nas percentagens de pessoas que a consideraram boa ou muito boa: analfabetos - saúde má 10,5%, saúde fraca 24,8%; detentores de 1 a 11 anos de escolaridade - saúde má 7,0%, saúde fraca 22,1%; com escolaridade superior a 11 anos - saúde má 0%, saúde fraca 0,0%. Dos analfabetos, 13,5% referiram boa saúde e 1,5% muito boa saúde; daqueles com 1 a 11 anos de escolaridade 16,6% consideraram ter boa saúde e 4,0% muito boa saúde e nos detentores de escolaridade superior a 11 anos 50,0% tinham boa saúde e 20,0% muito boa saúde.

Dos trabalhadores 100,0% consideraram-na razoável. As domésticas foram quem mais referiu saúde fraca (30,8%) ou muito fraca (15,4%). Estas apresentaram percentagem superior (7,7%) ao assinalar a sua saúde como muito boa. Foram também as domésticas que tiveram a menor percentagem (30,8%) para a saúde razoável.

Os casados (52,2%) perceberam mais a sua saúde como razoável. Os separados, comparativamente aos restantes grupos, consideraram com maior percentagem a saúde fraca ou má (33,3%).

Saúde relativa –comparação com idosos com idade e género semelhantes:

Quando inquiridos, 41,2% dos idosos responderam que tinham saúde melhor que a das outras pessoas com idade e género semelhantes e 17,8% pior (tabela nº 53.).

Tabela nº 53. Saúde Relativa: comparação com outros idosos

	N	%
Não sabe	44	12,9
Pior	61	17,8
Idêntica	94	27,5
Melhor	141	41,2
Não indicou	2	0,6
Total	342	100,0

Foram os homens comparativamente às mulheres, que mais salientaram a melhor saúde (47,0% homens; 38,3% mulheres) ou idêntica saúde (homens 28,7%; mulheres 26,9%). Com o avanço na idade, os inquiridos que afirmaram possuir melhor saúde apresentaram percentagens progressivamente mais elevadas: 65–74 anos 39,6%; 75–84 anos 43,5%; ≥ 85 anos 50,0%. O inverso constatou-se para aqueles que referiram ter pior saúde: 65–74 anos 20,3%; 75–84 anos 13,9%; ≥ 85 anos 8,3%. Os participantes com ≥ 85 anos percepcionavam mais a sua saúde como melhor, comparativamente aos das outras classes etárias. Todavia, na classe dos 85 e mais anos, 33,3% dos inquiridos responderam não saber se a sua saúde era melhor ou pior que a das pessoas com idade e género idênticos.

Quer os residentes no Funchal quer noutros concelhos consideraram, com percentagens superiores (50,0% e 34,2%), que possuíam melhor saúde que as outras pessoas. Nos restantes concelhos, 25,8% de inquiridos mencionaram pior saúde comparativamente aos residentes no Funchal, onde apenas 7,9% referiram esta situação.

Com o aumento no número de anos de escolaridade observou-se um aumento paralelo nas percentagens daqueles que percepcionavam melhor saúde

- analfabetos 33,8%; 1 a 11anos de escolaridade 44,7%; mais de 11 anos de escolaridade 70,0%. O inverso observou-se em relação àqueles que perceberam a saúde como pior: analfabetos 24,8%; 1 a 11 anos de escolaridade 14,1% e mais de 11 anos de escolaridade 0,0%.

Os trabalhadores apresentaram percentagens equivalentes (50,0%) ao responderem que tinham saúde idêntica ou melhor do que as outras pessoas com idade e género semelhantes. As domésticas responderam mais (23,1%) que tinham pior saúde.

Os idosos solteiros, com 50,0% de respostas, percepcionavam melhor saúde, verificando-se o mesmo com 41,4% dos casados. Os separados e os divorciados com percentagens iguais (33,3%), referiram saúde pior ou idêntica à das outras pessoas com idade e género iguais.

Saúde relativa –comparação da saúde presente com a do ano transacto:

A percepção que os respondentes possuíam em relação à sua saúde comparativamente à que detinham no ano anterior distribuiu-se conforme indicado na tabela nº 54. Constata-se que 55,0% dos inquiridos referiram ter saúde idêntica, sendo superior a percentagem dos que referiram pior (34,2%) do que melhor saúde (10,2%).

Tabela nº 54. Saúde actual/saúde no ano transacto

	N	%
Não sabe	1	0,3
Pior	117	34,2
Idêntica	188	55,0
Melhor	35	10,2
Não indicou	1	0,3
Total	342	100,0

Relativamente ao género, 60,0% dos homens admitiram ter saúde idêntica, 27,8% pior e 12,2% saúde melhor do que no ano anterior. As mulheres com 52,4% de referências admitiram ter saúde idêntica, com 37,4% pior e com 9,3% melhor.

Da classe etária dos 65-74 anos para a dos 75-84 anos, a percentagem dos que admitiram saúde idêntica (55,0% e 57,4%) acresceu. Nestas duas classes, as percentagens dos que referiram pior saúde foi semelhante: 65-74 anos 32,9%, 75-84 anos 33,3%. Todavia, na classe dos 85 e mais anos, houve um acréscimo

na percentagem daqueles que consideraram (66,7%) ter piorado a saúde, não havendo qualquer inquirido que tivesse melhor saúde.

Foram os residentes no Funchal que mais referiram (37,9%) que a sua saúde estava pior do que há um ano atrás comparativamente aos residentes nos outros concelhos (29,6%). Dos inquiridos do Funchal, 58,6% tinham saúde idêntica e 11,2% melhor. Nos restantes concelhos, 52,1% das respostas indicaram saúde equivalente e 9,5% melhor.

Os analfabetos foram quem mais considerou (38,3%) que a sua saúde tinha piorado no último ano. Contrariamente, os que detinham escolaridade superior admitiram-no menos (20,0%). Destes 80,0% mencionaram saúde idêntica não havendo qualquer alusão a melhorias na saúde. Os analfabetos apresentaram maior percentagem (12,8%) de alusões a melhor saúde no último ano.

Nas diversas situações profissionais exceptuando a dos trabalhadores, verificaram-se mais referências à manutenção da saúde no último ano: domésticas 69,2%; pensionistas 55,4% e reformados 54,7%. Os trabalhadores admitiram com percentagens equivalentes (33,3%) que a sua saúde permanecia idêntica, tinha piorado e tinha melhorado. As pessoas domésticas foram as que menos (30,8%) admitiram ter piorado a saúde. Os trabalhadores sinalizaram mais (33,3%) do que todos os outros que melhoraram a saúde.

Os idosos dos vários estados civis, exceptuando os separados, mencionaram com maiores percentagens que a saúde se tinha mantido: divorciados 66,7%; casados 59,1%; viúvos 53,4% e solteiros 40,6%. A totalidade dos separados classificou-a como pior. Dos solteiros, 15,6% consideraram ter melhor saúde.

Queixas de saúde ou doenças:

Através da observação da tabela nº 55. verifica-se que as queixas referidas pelas pessoas foram em maior percentagem (55,6%) relacionadas com o sistema músculo esquelético. Seguiram-se com 43,9%, as relativas ao aparelho circulatório.

Tabela nº 55. Queixas de saúde ou doenças

	N	%
Sistema músculo-esquelético	190	55,6
Aparelho circulatório	150	43,9
Endócrino, metabólico, nutricional	75	21,9
Sistema nervoso	66	19,3
Olho	64	18,7
Aparelho digestivo	57	16,7
Aparelho urinário	48	14,0
Aparelho respiratório	44	12,9
Ouvido	28	8,2
Sangue e órgãos hematopoiéticos	17	5,0
Psicológicas	17	5,0
Gerais e inespecíficas	14	4,1
Aparelho genital	12	3,5
Pele	4	1,2
N=342		

As mulheres assinalaram percentagem superior de queixas (64,8% e 46,3%) do sistema músculo-esquelético e do aparelho circulatório em comparação aos homens (37,4% e 39,1%). As queixas do sistema nervoso foram também mais referidas (24,2%) pelas primeiras do que pelos segundos (9,6%).

Os idosos com 75-84 anos foram quem mais aludiu (56,7%) a queixas do sistema músculo-esquelético comparativamente àqueles com 65-74 anos (55,4%) e aos que tinham idades ≥ 85 anos (50,0%). As queixas a seguir mais assinaladas foram as do aparelho circulatório com percentagens de: 75-84 anos 45,4%; 65-74 anos 43,7% e idade ≥ 85 anos 33,3%. As pessoas com idade mais avançada não sinalizaram queixas em vários órgãos, aparelhos ou sistemas, nomeadamente, sangue e órgãos hematopoiéticos, sistema nervoso, psicológicas, pele e aparelho genital.

No Funchal verificou-se que as queixas do aparelho circulatório (53,9%) e as do sistema músculo-esquelético (53,3%) foram as mais comuns. No referente aos restantes concelhos, as queixas do sistema músculo-esquelético suplantaram com 57,4% as do aparelho circulatório com 35,8%.

Os analfabetos (60,9%) e aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade (53,3%) apresentaram mais queixas do sistema músculo-esquelético do que relativas a outros órgãos, aparelhos ou sistemas. Na segunda posição com percentagem superior, surgiram as queixas do aparelho circulatório, sendo a mesma ligeiramente mais elevada, nos detentores de 1 a 11 anos de escolaridade (45,2%) comparativamente aos analfabetos (42,9%). Os detentores de mais de 11 anos de escolaridade apresentaram percentagens equivalentes (30,0%) relacionadas com o sistema e aparelho previamente mencionados. Observe-se que nas pessoas deste último grupo, houveram vários órgãos e sistemas que não surgiram com qualquer queixa.

Exceptuando os pensionistas (57,1%), que tinham mais queixas do aparelho circulatório, as pessoas com outras situações profissionais apresentaram uma percentagem superior de queixas do sistema músculo-esquelético: domésticas 76,9%; reformados 55,1%; trabalhadores 50,0%. As queixas neste sistema foram referidas por 53,6% dos pensionistas, correspondendo às segundas mais frequentes neste grupo de pessoas. Os trabalhadores foram aqueles em que mais se evidenciou ausência de queixas em vários órgãos, aparelhos e sistemas.

Nos diversos estados civis as queixas do sistema músculo-esquelético foram sempre preponderantes: separados 100,0%; divorciados 66,7%; solteiros 62,5%; viúvos 61,0% e casados 50,0%. Em segundo lugar, no que respeita a percentagens mais elevadas, surgiram as queixas relativas ao aparelho circulatório. Pela observação da tabela nº 56. verifica-se que o número máximo de queixas apresentadas foi 8 e o mínimo 0 queixas. A mediana (Me) foi 2,0.

Tabela nº 56. Queixas de saúde ou doenças: medidas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Número de queixas	342	0	8	2,30	2,00 (*)	1,36

*não se verificou simetria na distribuição das queixas pelo que a mediana é uma medida mais consistente - anexo nº 10.

O número máximo de queixas (8) foi apresentado pelos homens enquanto nas mulheres o número máximo de queixas foi 6.

Nas mulheres e nos homens a Me = 2,0.

Verificou-se, com o avanço da idade, um decréscimo no número máximo de queixas referidas: 65-74, 8 queixas; 75-84, 6 queixas e ≥ 85 anos, 3 queixas.

Contudo, nas pessoas desta última classe, contrariamente às das outras duas, houve sempre referência a pelo menos uma queixa. As Me = 2,0 para as duas classes de idades inferiores e, igual a 1,0 para a daqueles com idades ≥ 85 anos.

Foram os residentes fora do Funchal que apresentaram o número mais elevado de queixas (8). As Me = 2,0 em todos os concelhos.

O número máximo de queixas surgiu nas pessoas que detinham 1 a 11 anos de escolaridade. Os respondentes com escolaridade mais elevada apresentaram um número máximo de 3 queixas, inferior ao das restantes classes. Quer os analfabetos quer os detentores de 1 a 11 anos de escolaridade apresentaram Me = 2,0. Naqueles com escolaridade superior a 11 anos a Me = 1,0. No concernente à situação profissional, os trabalhadores foram os que apresentaram um número máximo de queixas menor (3) e o número mínimo maior (1). As domésticas apresentaram a Me = 3,0, a mais elevada de todos os outros grupos, nos quais a Me = 2,0.

Os inquiridos casados foram os que apresentaram um número máximo de queixas superior (8). Contrariamente, os divorciados foram os que apresentaram um número máximo inferior (3). As Me = 1,0 apresentadas pelos divorciados e separados foram inferiores às dos restantes grupos de idosos com estados civis diversos.

Os valores da Me referidos justificam-se de acordo com os resultados da determinação da medida de simetria (anexo nº 12.).

Apoios de saúde e sociais:

Inquiridos sobre os apoios recebidos dos serviços e prestadores de cuidados de saúde 92,4% das pessoas idosas responderam positivamente (tabela nº 57.).

Tabela nº 57. Acompanhamento por serviços saúde

	N	%
Sim	316	92,4
Não	25	7,3
Não indicou	1	0,3
Total	342	100,0

Daqueles que mencionaram auferir apoios, 71,2% salientaram que os mesmos eram facultados pelos centros de saúde; 45,6% por serviços privados e

24,7% pelos serviços hospitalares. Dos idosos acompanhados pelos serviços de saúde, 67,4% eram do sexo feminino e 32,6% do sexo masculino.

As pessoas que menos referiram acompanhamento dos serviços/prestadores de cuidados de saúde tinham 85 e mais anos (83,3%). As que mais referiram auferi-lo pertenciam à classe dos 75-84 anos (96,3%).

Os residentes no Funchal (93,4%) eram mais acompanhados pelos serviços/prestadores de cuidados de saúde do que os dos outros concelhos (91,6%).

Atendendo ao nível de escolaridade, as percentagens encontradas para os que auferiam apoios dos serviços de saúde foram as seguintes: analfabetos 92,5%; detentores de 1 a 11 anos 92,5%, com escolaridade superior a 11 anos 90,0%.

As domésticas (84,6%) foram quem menos mencionou acompanhamento dos serviços de saúde e os trabalhadores (100,0%) os que mais o fizeram.

As pessoas separadas e divorciadas recebiam na totalidade (100,0%) apoio dos serviços de saúde; os solteiros foram os que menos referiram ser acompanhados (87,5%).

Através da tabela nº 58. constata-se que 89,8% dos participantes no estudo estavam medicados.

Tabela nº 58. Idosos medicados

	N	%
Sim	307	89,8
Não	32	9,4
Não indicou	3	0,9
Total	342	100,0

Das mulheres, 93,0% estavam medicadas verificando-se o mesmo para 83,5% dos homens.

A percentagem mais elevada de idosos medicados (96,3%) foi encontrada na classe daqueles com 75 a 84 anos. As pessoas com 85 e mais anos com 83,3%, referiram menos situação idêntica.

No Funchal, 91,4% dos idosos estavam medicadas e 88,4% dos que residiam noutros concelhos também.

As percentagens de inquiridos com níveis de escolaridade distintos que mencionaram estar medicados aproximaram-se: analfabetos 90,2%; com 1 a 11 anos 89,4% e com mais de 11 anos 90,0%.

As domésticas eram as menos medicadas (76,9%); os pensionistas os mais medicados (98,2%).

No que se reporta ao estado civil, a totalidade (100,0%) dos inquiridos separados e divorciados estavam medicados. Os solteiros (87,5%) foram aqueles que referiram menos esta situação.

Apenas 7,9% das pessoas recebiam apoio dos Serviços Sociais (tabela nº 59.).

Tabela nº 59. Apoios Sociais

	N	%
Sim	27	7,9
Não	302	88,3
Não indicou	13	3,8
Total	342	100,0

O apoio recebido era maioritariamente (51,9%) a ajuda domiciliária (tabela nº 60.).

Das mulheres apenas 10,6% admitiram auferi-lo assim como 2,6% dos homens. As primeiras (54,2%) beneficiavam mais de ajuda domiciliária (tabela nº 60.).

Tabela nº 60. Tipo do apoio social por género

Género	Tipo de apoio					Total	
	Ajuda domiciliária	Serviço social do concelho	Centro de dia	Outro	Não indicou		
N	1	0	0	1	1	3	
M	% Género	33,3	0,0	0,0	33,3	33,3	100,0
	% Tipo apoio	7,1	0,0	0,0	33,3	100,0	11,1
<hr/>							
N		13	5	4	2	0	24
F	% Género	54,2	20,8	16,7	8,3	0,0	100,0
	% Tipo apoio	92,9	100,0	100,0	66,7	0,0	88,9
<hr/>							
N		14	5	4	3	1	27
Total	% Género	51,9	18,5	14,8	11,1	3,7	100,0
	% Tipo apoio	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

As percentagens dos idosos que beneficiavam de acompanhamento social cresceram com o aumento da idade: classe dos 65-74 anos 5,9%; classe dos 75-84 anos 11,1% e classe com idades \geq 85 anos 16,7%.

Em todas as classes etárias a ajuda domiciliária era o apoio mais auferido: 65-74 anos 38,5%; 75-84 anos 58,3% e com idades \geq 85 anos 100,0%.

Os residentes nos outros concelhos, com uma percentagem de 9,5%, eram mais acompanhados pelos serviços/prestadores de cuidados sociais do que os residentes no Funchal (5,9%), preponderantemente, através da ajuda domiciliária (61,1% outros concelhos e 33,3% Funchal).

Os resultados evidenciaram um decréscimo na percentagem de pessoas que beneficiavam de apoios sociais paralelo ao acréscimo no nível de escolaridade: analfabetas 10,5%; possuidoras de 1 a 11 anos 6,5%; com mais de 11 anos 0%. A ajuda domiciliária era o apoio principal em todas as classes.

As domésticas (23,1%) eram as mais acompanhadas pelos serviços sociais do concelho onde residiam.

Os inquiridos solteiros, com uma percentagem de 12,5%, e os viúvos, com 11,9%, eram os mais acompanhados pelos serviços sociais e a ajuda domiciliária era o apoio preponderante (50,0% solteiros e 71,4% viúvos).

Saúde Mental:

Através da observação da tabela nº 61. verifica-se que a mediana resultante das respostas das pessoas idosas aos diferentes itens que incorporam o MHI foi 166,5. A pontuação máxima possível de obter no MHI era 226. De acordo com a Ribeiro (2000), pontuações mais elevadas indicam melhor saúde mental pelo que o valor encontrado para os idosos foi positivo.

As diferentes médias e medianas obtidas nas sub escalas indicaram que os idosos da amostra possuíam, nas diferentes dimensões estudadas, índices superiores aos encontrados por Ribeiro (2000) numa amostra de jovens universitários Portugueses. Nas sub escalas da ansiedade e da depressão as medianas obtidas, indicam que os inquiridos estavam menos afectados do que os jovens anteriormente referidos. Também no concernente à perda de controlo emocional/comportamental, os respondentes apresentavam uma situação de maior controlo comparativamente aos jovens a quem aludimos. Nas sub escalas relativas às dimensões mais positivas da saúde mental, afecto positivo e laços emocionais, a média e a mediana (respectivamente) obtidas, indicavam também situações mais favoráveis.

Tabela nº 61. Resultados obtidos no MHI e sub escalas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Ansiedade	342	15	60	42,77	44,00 (*)	9,57
Depressão	342	4	29	22,32	23,00 (*)	4,57
Perda de Controlo Emocional	342	13	53	41,62	43,00 (*)	7,91
Afecto Positivo	342	13	66	41,06	40,00	11,75
Laços Emocionais	342	4	18	13,14	14,00 (*)	3,79
Bem-Estar psicológico	342	21	84	54,20	54,50	14,69
<i>Distress</i> psicológico	342	35	142	106,71	111,00 (*)	21,02
Saúde Mental	342	56	224	160,91	166,50 (*)	34,14

A análise aos valores da mediana, assinalados com (*), é justificada pelo facto de falhar a simetria, não fazendo sentido recorrer aos valores médios, por não serem considerados uma boa medida de localização (anexo nº 10.).

Relativamente ao género, os valores das médias e das medianas (tabela nº 62.) são indicativos de que os homens possuíam em todas as dimensões consideradas, situações mais favoráveis e positivas do que as mulheres.

Tabela nº 62. MHI e sub escalas: resultados por género

		Género	
		M (N=115)	F (N=227)
Ansiedade	Mínimo	18	15
	Máximo	60	60
	Média	46,65	40,80
	Mediana	47,00 (*)	42,00 (*)
	Desvio padrão	7,86	9,77
Depressão	Mínimo	13	4
	Máximo	29	29
	Média	23,94	21,50
	Mediana	25,00 (*)	22,00 (*)
	Desvio padrão	3,63	4,78
Perda de controlo emocional/ comportamental	Mínimo	23	13
	Máximo	53	53
	Média	44,62	40,11
	Mediana	46,00 (*)	42,00 (*)
	Desvio padrão	6,19	8,26
Afecto positivo	Mínimo	20	13
	Máximo	64	66
	Média	45,37	38,89
	Mediana	45,00	37,00
	Desvio padrão	9,79	12,07
Laços emocionais	Mínimo	5	4
	Máximo	18	18
	Média	14,56	12,42
	Mediana	16,00 (*)	13,00 (*)
	Desvio padrão	3,24	3,85
Bem-estar psicológico	Mínimo	29	21
	Máximo	82	84
	Média	59,92	51,31
	Mediana	60,00	50,00
	Desvio padrão	12,15	15,04
Distress psicológico	Mínimo	61	35
	Máximo	141	142
	Média	115,21	102,40
	Mediana	118,00 (*)	106,00 (*)
	Desvio padrão	16,58	21,74
Saúde mental	Mínimo	97	56
	Máximo	220	224
	Média	175,13	153,71
	Mediana	177,00 (*)	154,00 (*)
	Desvio padrão	26,92	35,19

Na distribuição das respostas pelas três classes etárias, as medianas constantes da tabela nº 63., indicam menor ansiedade nos inquiridos menos

idosos (65-74 e 75-84 anos) comparativamente àqueles com idade superior (85 e mais anos). No entanto, as pessoas com 65-74 anos e com idades ≥ 85 anos apresentaram-se menos deprimidas. Relativamente àqueles com idade ≥ 85 anos, evidenciou-se menos controlo emocional/comportamental. Do ponto de vista do afecto positivo bem como dos laços emocionais a situação não foi tão favorável e positiva para as pessoas de idades mais elevadas (≥ 85 anos) quanto para as da classe dos 65-74 anos, nas quais obtiveram-se médias mais elevadas, indicativas de situações mais positivas. Relativamente à sub escala da ansiedade, verificou-se um decréscimo progressivo nas médias, nas diferentes classes etárias, paralelo ao acréscimo da idade, o que indica que os respondentes com idade mais avançada tinham maior ansiedade. No que se reporta à perda de controlo emocional/comportamental, verificou-se também uma diminuição nas médias à medida que as idades aumentaram, indicando que os mais idosos possuíam menor controlo emocional. Quanto ao afecto positivo, verificaram-se também decréscimos nas médias paralelos à progressão nas idades. À medida que os anos acresceram as situações tornaram-se menos favoráveis. Foi na classe dos 75-84 anos que se encontrou a médias mais baixa para os laços emocionais, indicando que estes eram menos satisfatórios. No bem-estar psicológico verificou-se, igualmente, um decréscimo nas médias (revelador de menor bem-estar) com a progressão das idades. Os inquiridos com média indicativa de *distress* psicológico mais significativo foram os da classe dos 85 e mais anos, que também apresentaram valores na sub escala da ansiedade sugestivos de uma situação mais desfavorável. As pessoas idosas com 65-74 anos foram as que revelaram menor *distress* psicológico (média mais elevada das três classes).

Em relação à avaliação da saúde mental, as medianas nas três classes evidenciaram que os respondentes com idades menos elevadas (65-74 anos) apresentavam uma situação mais positiva do que aqueles com idades mais avançadas. Paralelamente ao decréscimo do bem-estar evidenciado com o aumento da idade, verificou-se também, uma evolução menos favorável na saúde mental. Os respondentes com situações de bem-estar psicológico e saúde mental mais positivas apresentaram *distress* psicológico menos acentuado. Os idosos com menor ansiedade tinham também menor *distress* psicológico. Aqueles com maior controlo emocional, situações mais favoráveis relacionadas com o afecto positivo e com laços emocionais mais satisfatórios, possuíam bem-estar psicológico e saúde mental melhores.

Tabela nº 63. MHI e Sub escalas: resultados por classes etárias

		Grupos etários		
		65-74 (N=222)	75-84 (N=108)	≥85 (N=12)
Ansiedade	Mínimo	15	18	17
	Máximo	60	60	56
	Média	42,83	42,70	42,08
	Mediana	45,00 (*)	44,00 (*)	43,00 (*)
	Desvio padrão	9,66	9,30	11,13
Depressão	Mínimo	4	12	11
	Máximo	29	29	29
	Média	22,24	22,47	22,33
	Mediana	24,00 (*)	23,00 (*)	24,00 (*)
	Desvio padrão	4,85	3,88	5,31
Perda de controlo emocional/ comportamental	Mínimo	13	18	18
	Máximo	53	53	51
	Média	41,90	41,15	40,83
	Mediana	44,00 (*)	42,50 (*)	41,50 (*)
	Desvio padrão	7,90	7,80	9,44
Afecto positivo	Mínimo	13	17	18
	Máximo	64	66	61
	Média	41,27	40,81	39,50
	Mediana	41,50	39,50	36,00
	Desvio padrão	11,69	11,63	14,64
Laços emocionais	Mínimo	5	4	4
	Máximo	18	18	18
	Média	13,41	12,71	11,92
	Mediana	14,00 (*)	13,00 (*)	13,50 (*)
	Desvio padrão	3,69	3,86	4,72
Bem-estar psicológico	Mínimo	21	22	22
	Máximo	82	84	78
	Média	54,69	53,52	51,42
	Mediana	55,50	52,50	47,00
	Desvio padrão	14,58	14,59	18,28
Distress psicológico	Mínimo	35	48	46
	Máximo	142	140	135
	Média	106,97	106,32	105,25
	Mediana	113,00 (*)	108,50 (*)	106,00 (*)
	Desvio padrão	21,50	19,69	25,24
Saúde Mental	Mínimo	56	82	68
	Máximo	224	223	211
	Média	161,66	159,84	156,67
	Mediana	167,50 (*)	162,50 (*)	152,50 (*)
	Desvio padrão	34,56	32,50	42,60

Considerando as médias e as medianas obtidas por concelhos (tabela nº 64.), constatou-se uma situação mais positiva nas diferentes sub escalas

exceptuando a relativa aos laços emocionais, bem como para a escala global, na qual os residentes no Funchal apresentaram valores superiores indicativos de saúde mental mais positiva. Evidenciou-se coerência entre os resultados obtidos nas diversas sub escalas relativamente ao bem-estar psicológico, ao *distress* psicológico e aos determinados para o MHI.

Tabela nº 64. MHI e sub escalas: resultados por concelhos

	Concelho		
	Funchal (N=152)	Outros Concelhos	
Ansiedade	Mínimo	18	15
	Máximo	60	60
	Média	44,41	41,45
	Mediana	46,00 (*)	44,00 (*)
	Desvio padrão	9,24	9,66
Depressão	Mínimo	9	4
	Máximo	29	28
	Média	23,11	21,69
	Mediana	25,00 (*)	23,00 (*)
	Desvio padrão	4,61	4,45
Perda de controlo emocional/ comportamental	Mínimo	18	13
	Máximo	53	53
	Média	42,31	41,07
	Mediana	44,00 (*)	43,00 (*)
	Desvio padrão	7,90	7,89
Afecto positivo	Mínimo	13	13
	Máximo	66	64
	Média	42,00	40,32
	Mediana	42,00	39,00
	Desvio padrão	12,08	11,46
Laços emocionais	Mínimo	4	4
	Máximo	18	18
	Média	13,16	13,13
	Mediana	14,00 (*)	14,00 (*)
	Desvio padrão	3,92	3,69
Bem-estar psicológico	Mínimo	23	21
	Máximo	84	82
	Média	55,16	53,44
	Mediana	56,00	53,00
	Desvio padrão	15,08	14,37
<i>Distress</i> psicológico	Mínimo	48	35
	Máximo	142	141
	Média	109,83	104,21
	Mediana	115,00 (*)	108,00 (*)
	Desvio padrão	20,93	20,81
Saúde mental	Mínimo	74	56
	Máximo	224	220
	Média	164,99	157,65
	Mediana	171,00 (*)	162,00 (*)
	Desvio padrão	34,62	33,49

Na tabela nº 65. observa-se que nas diferentes sub escalas e no MHI as medianas e as médias aumentaram progressivamente com o acréscimo nos anos de escolaridade. Os respondentes com níveis mais elevados de escolaridade foram os que revelaram situações mais favoráveis e positivas no conjunto das variáveis estudadas e ainda no concernente à saúde mental.

Tabela nº 65. MHI e sub escalas: resultados por nível de escolaridade

		Nível de escolaridade (quantos anos estudou?)		
		Analfabeto (N=133)	De 1 a 11 anos (N=199)	Superior a 11 anos (N=10)
Ansiedade	Mínimo	15	16	41
	Máximo	58	60	60
	Média	39,76	44,42	49,90
	Mediana	41,00 (*)	46,00 (*)	49,00 (*)
	Desvio padrão	10,08	8,75	7,08
Depressão	Mínimo	7	4	14
	Máximo	29	29	28
	Média	21,03	23,11	23,80
	Mediana	22,00 (*)	24,00 (*)	25,50 (*)
	Desvio padrão	4,73	4,29	4,16
Perda de controlo emocional/ comportamental	Mínimo	13	18	35
	Máximo	53	53	52
	Média	39,23	43,01	45,90
	Mediana	41,00 (*)	45,00 (*)	47,00 (*)
	Desvio padrão	8,48	7,18	5,78
Afecto positivo	Mínimo	13	13	32
	Máximo	64	66	59
	Média	38,49	42,63	44,10
	Mediana	37,00	43,00	40,50
	Desvio padrão	11,98	11,36	11,18
Laços emocionais	Mínimo	4	4	5
	Máximo	18	18	18
	Média	12,32	13,69	13,10
	Mediana	13,00 (*)	14,00 (*)	14,50 (*)
	Desvio padrão	3,92	3,54	5,15
Bem-estar psicológico	Mínimo	21	23	37
	Máximo	82	84	77
	Média	50,81	56,32	57,20
	Mediana	49,00	57,00	56,50
	Desvio padrão	14,92	14,13	15,54
Distress psicológico	Mínimo	35	41	97
	Máximo	140	142	137
	Média	100,02	110,53	119,60
	Mediana	104,00 (*)	115,00 (*)	121,50 (*)
	Desvio padrão	22,20	19,18	15,68
Saúde mental	Mínimo	56	68	134
	Máximo	222	224	214
	Média	150,83	166,85	176,80
	Mediana	152,00 (*)	172,00 (*)	178,00 (*)
	Desvio padrão	35,41	31,81	30,79

Na tabela nº 66. verifica-se que os trabalhadores apresentaram medianas e médias elevadas nas diferentes sub escalas, o que indicava que possuíam uma situação mais favorável relativamente às diversas dimensões em apreciação. Em cinco sub escalas, nomeadamente na da depressão, na da perda de controlo emocional/comportamental, na dos laços emocionais, na do *distress* psicológico e na escala da saúde mental, foram os trabalhadores que apresentaram as medianas mais elevadas, no conjunto dos diferentes grupos com situações profissionais distintas. As domésticas foram quem apresentou seguidamente medianas e médias superiores, exceptuando para o MHI em que foram ultrapassadas pelos reformados. Os pensionistas e os reformados apresentaram médias inferiores, indicativas de uma saúde mental menos positiva.

Tabela nº 66. MHI e sub escalas: resultados por situação profissional

		Situação Profissional			
		Reformado (N=267)	Trabalhador (N=6)	Doméstica (N=13)	Pensionista (N=56)
Ansiedade	Mínimo	15	19	17	16
	Máximo	60	60	54	60
	Média	43,03	43,50	38,69	42,39
	Mediana	44,00 (*)	45,00 (*)	46,00 (*)	45,00 (*)
	Desvio padrão	9,09	13,63	13,33	10,40
Depressão	Mínimo	7	9	8	4
	Máximo	29	28	27	29
	Média	22,46	23,67	20,15	21,98
	Mediana	23,00 (*)	26,00 (*)	23,00 (*)	23,00 (*)
	Desvio padrão	4,30	7,28	6,36	5,00
Perda de controlo emocional/ comportamental	Mínimo	13	22	18	18
	Máximo	53	53	51	53
	Média	41,71	43,00	38,92	41,68
	Mediana	43,00 (*)	46,00 (*)	44,00 (*)	42,50 (*)
	Desvio padrão	7,77	10,75	10,22	7,76
Afecto positivo	Mínimo	15	23	13	13
	Máximo	66	62	62	64
	Média	41,29	46,83	38,69	39,91
	Mediana	40,00	46,00	33,00	38,00
	Desvio padrão	11,27	14,25	16,51	12,54
Laços emocionais	Mínimo	4	6	7	5
	Máximo	18	18	18	18
	Média	13,22	14,33	13,08	12,64
	Mediana	14,00 (*)	15,50 (*)	12,00 (*)	13,50 (*)
	Desvio padrão	3,75	4,59	3,75	3,96
Bem-estar psicológico	Mínimo	21	29	23	22
	Máximo	84	80	80	82
	Média	54,51	61,17	51,77	52,55
	Mediana	55,00	61,00	49,00	52,00
	Desvio padrão	14,13	18,62	19,74	15,70
Distress psicológico	Mínimo	35	50	48	41
	Máximo	142	141	131	140
	Média	107,20	110,17	97,77	106,05
	Mediana	111,00 (*)	116,50 (*)	114,00 (*)	113,00 (*)
	Desvio padrão	20,11	31,30	29,45	21,97
Saúde mental	Mínimo	56	79	71	68
	Máximo	224	220	211	216
	Média	161,72	171,33	149,54	158,61
	Mediana	166,00 (*)	177,50 (*)	163,00 (*)	160,50 (*)
	Desvio padrão	32,62	49,33	47,84	36,17

Os resultados apresentados na tabela nº 67. indicam que, em todas as sub escalas e no MHI, os inquiridos casados apresentaram medianas e médias

superiores comparativamente às obtidas por aqueles com outros estados civis, as quais permitem que consideremos que detinham situações mais favoráveis e positivas relativamente às variáveis em avaliação. Uma vez mais, evidencia-se coerência entre os resultados obtidos nas sub escalas que avaliam o bem-estar psicológico e o *distress* psicológico e os obtidos no MHI. Aqueles que apresentaram uma situação mais positiva de bem-estar psicológico (casados) foram, simultaneamente, os que revelaram menor *distress* psicológico e também saúde mental mais positiva.

Na generalidade dos construtos foram os idosos separados e divorciados que apresentaram valores de mediana mais baixos, indicativos de uma saúde mental menos favorável.

Tabela nº 67. MHI e sub escalas: resultados por estado civil

		Estado Civil				
		Solteiro (N=32)	Casado (N=186)	Separado (N=3)	Divorciado (N=3)	Viúvo (N=118)
Ansiedade	Mínimo	24	16	27	27	15
	Máximo	59	60	46	53	60
	Média	42,84	43,74	35,67	40,33	41,46
	Mediana	44,00 (*)	45,00 (*)	34,00 (*)	41,00 (*)	42,00 (*)
	Desvio padrão	9,63	9,39	9,61	13,01	9,70
Depressão	Mínimo	10	4	12	18	7
	Máximo	29	29	24	26	29
	Média	22,16	22,62	18,67	21,33	22,00
	Mediana	24,00 (*)	24,00 (*)	20,00 (*)	20,00 (*)	23,00 (*)
	Desvio padrão	4,68	4,64	6,11	4,16	4,42
Perda de controlo emocional/ comportamental	Mínimo	24	18	29	23	13
	Máximo	51	53	43	48	53
	Média	40,25	42,55	38,00	37,33	40,74
	Mediana	42,00 (*)	45,00 (*)	42,00 (*)	41,00 (*)	42,00 (*)
	Desvio padrão	7,94	7,72	7,81	12,90	8,00
Afecto positivo	Mínimo	21	13	25	24	13
	Máximo	66	64	35	38	64
	Média	39,50	42,96	30,67	32,33	38,98
	Mediana	37,50	43,00	32,00	35,00	37,50
	Desvio padrão	12,44	11,48	5,13	7,37	11,67
Laços emocionais	Mínimo	4	5	6	5	4
	Máximo	18	18	10	14	18
	Média	12,28	14,16	8,33	8,67	12,00
	Mediana	13,50 (*)	15,00 (*)	9,00 (*)	7,00 (*)	12,00 (*)
	Desvio padrão	4,18	3,41	2,08	4,73	3,76
Bem-estar psicológico	Mínimo	28	23	35	29	21
	Máximo	84	82	41	52	82
	Média	51,78	57,12	39,00	41,00	50,98
	Mediana	51,50	59,00	41,00	42,00	50,00
	Desvio padrão	15,32	14,25	3,46	11,53	14,40
Distress psicológico	Mínimo	58	41	68	68	35
	Máximo	139	142	113	127	140
	Média	105,25	108,91	92,33	99,00	104,19
	Mediana	110,50 (*)	113,50 (*)	96,00 (*)	102,00 (*)	106,00 (*)
	Desvio padrão	21,49	20,74	22,72	29,61	20,97
Saúde mental	Mínimo	87	68	103	97	56
	Máximo	223	224	154	179	222
	Média	157,03	166,03	131,33	140,00	155,18
	Mediana	162,00 (*)	172,50 (*)	137,00 (*)	144,00 (*)	156,00 (*)
	Desvio padrão	35,42	33,51	25,97	41,15	33,71

É de referir que o recurso aos valores da mediana, em várias situações, nas diferentes sub escalas e nas cinco variáveis de caracterização sócio-demográfica, deveu-se ao facto de falhar a simetria, como podemos constatar no anexo nº 10.

3. 2. Prevalências das situações de saúde mental positiva e negativa: resultados da análise de *clusters*

Com o objectivo de calcular as prevalências e posteriormente recorrer à análise de regressão logística, foi utilizada a análise de *Clusters* de casos, procurando assim classificar um conjunto de dados iniciais em grupos homogéneos (Pestana e Gageiro, 2005). Estes grupos são formados com base nos pares de casos mais próximos, sendo a medida de semelhança utilizada o quadrado da distância Euclideana (pois as variáveis que medem as escalas e sub escalas em estudo, são medidas numa escala de intervalo, sendo denominadas por variáveis intervalo). Ainda é de referir que, o método utilizado foi a distância média entre os grupos (*Average linkage between groups*), sendo um dos dois métodos, mais frequentes. Em relação ao número de *clusters*, foi determinado como mínimo, 2 *clusters* e, como máximo, 3 *clusters*, tendo em consideração os possíveis grupos a serem criados. Exemplificando e de acordo com os objectivos do estudo, para a escala que mede a saúde mental, por um lado, podíamos ter os idosos com pior ou melhor saúde mental e, por outro, os idosos com pior, razoável ou melhor, saúde mental. Não seria vantajoso criar mais grupos, pois tornar-se-ia difícil atribuir uma classificação.

A escolha do número de *clusters* foi feita com base nos Coeficientes de Determinação obtidos para cada um dos *clusters*. Este coeficiente foi calculado através do quociente entre a variação explicada e a variação total, que foram valores obtidos no teste estatístico paramétrico *One Way ANOVA*. O Coeficiente de Determinação com maior valor determinou o número adequado de *clusters*. Este coeficiente informa da percentagem de variação das variáveis, segundo o número de *clusters*. Tem todo o interesse que este coeficiente tome os valores mais altos possíveis, para que a variabilidade das variáveis em estudo, seja mais explicada pelo factor incluído na análise (neste caso, trata-se dos grupos criados após a análise com 2 e 3 *clusters*, respectivamente) do que por outros factores.

Como é visível no quadro nº 7., os valores do Coeficiente de Determinação foram sempre superiores quando comparámos 3 grupos, pelo que foi assumida a análise de *clusters* com 3 grupos.

Quadro nº 7. Resultado da Análise de Variância para determinação do número de *clusters*

		ANOVA 2 clusters	ANOVA 3 clusters
Saúde mental	Varição explicada	271821,35	295566,93
	Varição total	397453,37	397453,37
	Coefficiente de Determinação	0,68	0,74
Distress psicológico	Varição explicada	96565,54	104583,89
	Varição total	150656,76	150656,76
	Coefficiente de Determinação	0,64	0,69
Bem-estar psicológico	Varição explicada	47643,67	62955,76
	Varição total	73621,67	73621,67
	Coefficiente de Determinação	0,65	0,86
Laços emocionais	Varição explicada	1801,45	4053,96
	Varição total	4899,26	4899,26
	Coefficiente de Determinação	0,37	0,83
Afecto positivo	Varição explicada	33644,15	38642,74
	Varição total	47076,58	47076,58
	Coefficiente de Determinação	0,71	0,82
Perda de controlo emocional/ comportamental	Varição explicada	13126,48	14093,60
	Varição total	21322,34	21322,34
	Coefficiente de Determinação	0,62	0,66
Depressão	Varição explicada	3562,00	3629,74
	Varição total	7120,26	7120,26
	Coefficiente de Determinação	0,50	0,51
Ansiedade	Varição explicada	20393,08	22533,46
	Varição total	31255,29	31255,29
	Coefficiente de Determinação	0,65	0,72

Após a determinação dos *clusters*, calculou-se as percentagens daqueles que apresentavam uma situação mais favorável (mais positiva ou melhor) relativamente à saúde mental bem como a daqueles com níveis menos favoráveis e mais negativos (pior saúde mental). Procedeu-se do mesmo modo em relação às sub escalas que compõem o MHI.

Obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro nº 8. Distribuição dos idosos pelos *clusters* relacionados com a saúde mental

	Níveis	N	%
Saúde mental	Melhor (+ positiva)	229	67,0
	Razoável	102	29,8
	Pior(-positiva)	11	3,2
Bem-estar psicológico	Superior	83	24,3
	Médio	149	43,6
	Inferior	110	32,2
Afecto positivo	Superior(+ elevado)	166	48,5
	Médio	128	37,4
	Inferior(-elevado)	48	14,0
Laços emocionais	Superiores (+ satisfatórios)	149	43,6
	Médios (razoavelmente satisfatórios)	162	47,4
	Inferiores (-satisfatórios)	31	9,1
Distress psicológico	Menor (inferior)	268	78,4
	Médio	63	18,4
	Maior (superior)	11	3,2
Perda de controlo emocional/ comportamental	Maior controlo	285	83,0
	Controlo médio	43	12,6
	Menor controlo	15	4,4
Depressão	Menor depressão (-deprimido)	311	90,9
	Depressão média	30	8,8
	Maior depressão (+ deprimido)	1	0,3
Ansiedade	Menor ansiedade	248	72,5
	Ansiedade média	72	21,1
	Maior ansiedade	22	6,4

Da análise ao quadro nº 8. verifica-se que 67,0% dos idosos apresentaram uma saúde mental mais positiva (nível superior). Da totalidade dos idosos 43,6% detinham um nível de bem-estar psicológico médio. Com laços emocionais razoavelmente satisfatórios encontramos 47,4% dos inquiridos e com afecto positivo mais elevado (superior) 48,5%. Em relação ao *distress* psicológico, 78,4% apresentaram nível inferior (*distress* menos elevado). Tinham maior controlo emocional/comportamental 83,0% dos participantes no estudo, bem como 90,9% apresentaram-se menos deprimidos e 72,5% com menor ansiedade.

Constata-se que as percentagens superiores foram as referentes aos níveis mais favoráveis das variáveis, indiciando uma saúde mental mais positiva na amostra de idosos que participaram no estudo.

As prevalências determinadas (Costa & Kale, 2002; Pereira, 1995) foram: ansiedade mais elevada 6,4%; depressão 0,3% e *distress* psicológico superior 3,2%. Relativamente às dimensões positivas as prevalências foram: bem-estar psicológico mais elevado 24,3% e saúde mental mais positiva 67,0%.

3. 3. Factores de protecção e de risco associados à melhor ou pior saúde mental: resultados inferenciais: modelos de regressão logística

Nesta fase do estudo e atendendo aos objectivos delineados bem como a natureza das variáveis presentes, optou-se por utilizar na análise inferencial dos dados, dois modelos de regressão logística. Para aplicar estes modelos, houve a necessidade de transformar algumas variáveis, que inicialmente tinham mais do que dois níveis, eram de resposta múltipla ou eram contínuas, agrupando-as de modo a ficarem com apenas dois, facilitando a sua utilização como *dummys*. No entanto, algumas variáveis mantiveram-se com mais do que dois níveis, optando-se por considerar um dos níveis como o de referência, a fim de não perdermos informação acerca da variável, considerada relevante para análise. No caso das variáveis nominais, não foram efectuadas transformações.

O quadro nº 9. identifica as variáveis transformadas.

Quadro nº 9. Transformação de variáveis para inclusão nos Modelos de Regressão Logística

Variáveis ordinais	Agrupamentos	Variável transformada
Rendimento mensal	Excelente } Muito bom } Bom } Razoável } Fraco }	Igual ou superior a bom Razoável ou fraco
Apoio financeiro	Cônjuge } Filhos } Netos } Irmãos } Vizinhos } Amigos } Ascendentes } Serviços sociais } Outros }	Solicita apoio financeiro a pelo menos uma pessoa Não solicita apoio financeiro
Habitação	Excelente } Muita boa } Boa } Razoável } Fraca }	Igual ou superior a boa Razoável ou fraca
Ocupação do tempo no dia a dia	Igreja } Animais } Jogos } Crianças } Compras } Arranjos } Rádio } Conversar } Passear } Televisão } Ler } Ginástica } Bordar } Fazer crochet } Jardinar } Outro }	Com pelo menos uma actividade Sem ocupação
Capacidade física para satisfazer necessidades	Sempre } Quase sempre } Poucas vezes } Raramente } Nunca }	Sem limitação Com limitação
AIVD -Usar o telefone -Fazer compras -Gerir o seu dinheiro -Tomar medicamentos -Usar transportes -Preparar refeições -Fazer a lida da casa -Lavar/ tratar a roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de prática ou incapacidade em efectuar a tarefa • Recurso à ajuda de uma ou mais pessoas. • Recurso à ajuda ocasional de terceiros. • Capaz de efectuar a tarefa sem ajuda 	Não autónomo Autónomo

Saúde no presente	Má	}	Razoável ou pior
	Fraca		
	Razoável	}	
	Boa		
	Muito boa	}	Boa ou muito boa
Saúde relativa: comparação com outros	Não sabe	}	Não sabe ou pior
	Pior		
	Idêntica	}	Idêntica ou melhor
	Melhor		
Saúde relativa: comparação no tempo	Não sabe	}	Não sabe ou pior
	Pior		
	Idêntica	}	Idêntica ou melhor
	Melhor		
Queixas de saúde ou doenças:	<ul style="list-style-type: none"> • Gerais e inespecíficas • Sangue e órgãos hematopoiéticos • Aparelho digestivo • Olho • Ouvido • Aparelho respiratório • Sistema músculo-esquelético • Sistema nervoso • Psicológicas • Aparelho circulatório • Pele • Endócrino, metabólico, nutricional • Aparelho urinário • Aparelho genital 	}	Presenças de queixas 1 queixa 2-3 queixas 4-5 queixas ≥6 queixas
			Ausência de queixas
Variáveis contínuas	Agrupamentos		Variável transformada
Rede social	Pontuação:		
	<ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 20 → • Igual ou superior a 20 → 		Muito limitada Menos limitada

Seguidamente apresentamos o quadro nº 10. que sistematiza a totalidade das potenciais variáveis explicativas (exógenas) que foram introduzidas nos modelos de regressão logística bem como os procedimentos e efeitos utilizados para cada uma das mesmas. É de referir que numa primeira etapa introduziram-se as variáveis uma a uma, testando se podiam ou não ser incluídas no mesmo, optando-se pelo método *Forward: LR* (modelo de regressão logística com variáveis não ajustadas). Quando se obteve 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 seleccionada para numa segunda etapa integrar o modelo de regressão logística, com a introdução conjunta das variáveis exógenas seleccionadas na etapa anterior (modelo de regressão logística com variáveis ajustadas), tendo-se utilizado para tal o método *Backward: LR*.

O procedimento aplicado às variáveis com dois níveis, do tipo *dummy* foi o *indicator*, enquanto que o utilizado nas variáveis categóricas foi o *deviation*.

Na variável endógena saúde mental, do tipo *dummy*, foi atribuído à melhor saúde mental o código 1 e à pior, o código 0, definindo-se como presença de característica a situação mais positiva.

Os grupos de referência foram definidos de acordo com a potencial influência positiva que poderiam ter sobre a variável endógena (saúde mental). O critério utilizado baseou-se na revisão da literatura efectuada. A escolha do efeito *first* ou *last* derivou do grupo de referência seleccionado.

Ainda é de referir que sete variáveis não foram seleccionadas para esta análise, uma vez que resultavam de perguntas filtradas, com um número de respostas reduzido.

Quadro nº 10. Procedimentos, efeitos e grupos de referência adoptados nas variáveis exógenas

Grupo	Questões		Procedimento	Efeito	Grupo de referência
Caracterização demográfica	Sexo	Masculino(1) Feminino(0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Masculino
	Grupos etários	65 a 74 anos 75 a 84 anos ≥ a 85 anos	<i>Dev.</i> (2)	<i>First</i>	65 a 74 anos
	Concelho	Funchal(1) Outros(0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Funchal
	Ano de escolaridade (quantos anos estudou?)	Analfabeto De 1 a 11 anos > a 11 anos	<i>Dev.</i> (2)	<i>Last</i>	> a 11 anos
	Situação Profissional	Reformado Pensionista Doméstica Trabalhador	<i>Dev.</i> (2)	<i>Last</i>	Trabalhador
	Estado Civil	Solteiro Viúvo Separado Divorciado Casado	<i>Dev.</i> (2)	<i>Last</i>	Casado
Classificação social	Classes <i>Graffar</i>	Classe I Classe II Classe III Classe IV Classe V	<i>Dev.</i> (2)	<i>First</i>	Classe I
Rendimento	Em geral, diria que o seu rendimento mensal é	≥ a bom (1) Razoável ou fraco (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	≥ a bom
Apoio financeiro	Quando necessita de apoio financeiro	Solicita (1) Não solicita (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Solicita
Habitação	Em geral, diria que a sua habitação é	≥ a boa (1) Razoável ou fraca (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	≥ a boa
Rede Social	<i>Lubben</i>	Menos limitada (1) Muito limitada (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Menos limitada
Percepção de controlo	Controla a sua vida por si próprio?	Controla (1) Não controla (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Controla
	Que os seus actos influenciam o curso da sua vida?	Influenciam (1) Não influenciam (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Influenciam
	Decide a sua vida por si próprio?	Decide (1) Não decide (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Decide
	Outros decidem por si o curso da sua vida?	Não decidem (1) Decidem (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Não decidem
	Decide por si próprio o que quer fazer?	Decide (1) Não decide (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Decide
Ocupação do tempo no dia a dia	Realiza actividades que o ocupam no dia a dia	Realiza (1) Não realiza (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Realiza
Acontecimentos de vida significativos	Houve algum acontecimento que afectou de forma significativa a sua vida, no último ano?	Houve (1) Não houve (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Houve
	No último ano sofreu algum desgosto?	Não sofreu (1) Sofreu (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Não sofreu
Capacidade para se deslocar	Dentro de casa	Sem apoio (1) Com apoio (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Sem apoio
	Na rua	Sem apoio (1) Com apoio (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Sem apoio

Capacidade física para satisfazer necessidades	Considera que de um ponto de vista físico consegue realizar as actividades necessárias à satisfação das suas necessidades	Sem limitação (1) Com limitação (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Sem limitação
Autonomia nas ABVD	Índice de <i>Katz</i> agrupado	Independente (1) Dependente (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Independente
Autonomia Instrumental	Realiza sozinho ou não as actividades instrumentais da vida diária	Autónomo (1) Não autónomo (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Autónomo
Saúde	Como considera a sua saúde em geral, no presente?	Boa ou muito boa (1) Razoável ou pior (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Boa ou muito boa
	Comparando-a com a das pessoas da sua idade e do mesmo sexo, como acha a sua saúde?	Idêntica ou melhor (1) Não sabe ou pior (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Idêntica ou melhor
	Comparando-a com a saúde que tinha há 1 ano atrás, como acha a sua saúde actual?	Idêntica ou melhor (1) Não sabe ou pior (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Idêntica ou melhor
	Queixas de saúde	Ausência de queixas 1 queixa 2-3 queixas 4-5 queixas ≥6 queixas	<i>Dev.</i> (2)	<i>First</i>	Ausência de queixas
Serviços/ Prestadores de cuidados de saúde/sociais	Está a ser acompanhado por serviços/prestadores de cuidados de saúde?	Sem acompanhamento (1) Com acompanhamento (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Sem acompanhamento
	Está medicado?	Sem medicação (1) Com medicação (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Sem medicação
	Está a ser acompanhado por serviços/prestadores de cuidados sociais?	Sem acompanhamento (1) Com acompanhamento (0)	<i>Ind.</i> (1)	<i>Last</i>	Sem acompanhamento

(1) *Indicator*; (2) *Deviation*

Modelos de Regressão Logística:

A opção por dois modelos de regressão logística justificou-se por razões teóricas e pelo facto de ser elevado o número de variáveis seleccionadas neste estudo, suscitando uma multiplicidade de interacções estatísticas, dificultadoras de uma análise correcta dos resultados obtidos, através de um único modelo de regressão logística. A distribuição das variáveis exógenas pelos dois modelos de regressão foi efectuada de acordo com o quadro nº 11. (p. 202).

Quadro nº 11. Distribuição das variáveis exógenas pelos dois modelos de regressão logística

Variáveis exógenas 1º Modelo de Regressão Logística		Variáveis exógenas 2º Modelo de Regressão Logística	
	Questões		Questões
Caracterização demográfica	Sexo	Caracterização demográfica	Sexo
	Grupos etários		Grupos etários
	Concelho		Concelho
	Ano de escolaridade (quantos anos estudou?)		Ano de escolaridade (quantos anos estudou?)
	Situação Profissional		Situação Profissional
	Estado Civil		Estado Civil
Classificação social	Classes <i>Graffar</i>	Classificação social	Classes <i>Graffar</i>
Rede Social	<i>Lubben</i>	Rendimento	Percepção do idoso relativa ao rendimento auferido
Acontecimentos de vida significativos	Houve algum acontecimento que afectou de forma significativa a sua vida, no último ano?	Apoio financeiro	Solicita ou não solicita
	No último ano sofreu algum desgosto?	Habitação	Percepção do idoso relativa à habitação
Capacidade física para satisfazer necessidades	Considera que de um ponto de vista físico consegue realizar as actividades necessárias à satisfação das suas necessidades	Rede Social	<i>Lubben</i>
Autonomia nas ABVD	Índice de <i>Katz</i> agrupado	Percepção de controlo	Controla a sua vida por si próprio?
Autonomia Instrumental	Realiza sozinho ou não as actividades instrumentais da vida diária		Que os seus actos influenciam o curso da sua vida?
Saúde	Como considera a sua saúde em geral, no presente?		Decide a sua vida por si próprio?
	Comparando-a com a das pessoas da sua idade e do mesmo sexo, como acha a sua saúde?	Outros decidem por si o curso da sua vida?	
	Comparando-a com a saúde que tinha há 1 ano atrás, como acha a sua saúde actual?	Decide por si próprio o que quer fazer?	
	Queixas de saúde	Ocupação do tempo no dia a dia	Realiza ou não actividades que o ocupam no dia a dia
Serviços/ Prestadores de cuidados de saúde/sociais	Está a ser acompanhado por serviços/prestadores de cuidados de saúde?	Capacidade para se deslocar	Dentro de casa
	Está medicado?		Na rua
		Autonomia Instrumental	Realiza sozinho ou não as actividades instrumentais da vida diária
		Serviços/ Prestadores de cuidados de saúde/sociais	Está a ser acompanhado por serviços/prestadores de cuidados sociais?

Para além das variáveis sócio-demográficas as variáveis seleccionadas para o 1º modelo de regressão logística foram relativas à rede social, aos

acontecimentos de vida significativos, à capacidade física, à autonomia nas AIVD e nas ABVD, à percepção e queixas de saúde ou doenças e aos apoios auferidos dos serviços de saúde, as quais têm sido amplamente estudadas relativamente à sua influência na saúde mental (positiva ou negativa), nomeadamente, ao nível do bem-estar psicológico e do *distress* psicológico, na ansiedade e na depressão (Lazarus, 1998; Lazarus & DeLongis, 1983; Mental Health Foundation, 2006; Michele, 2007; Prince et al., 1997a; Russel & Cutrona, 1991).

Para o 2º modelo de regressão logística foram seleccionadas além das variáveis sócio-demográficas outras variáveis como as autopercepções das pessoas idosas em relação a factores externos, como por exemplo os rendimentos e as condições habitacionais, que se admitiram influenciar o bem-estar e a saúde mental. A percepção de controlo (controlo percebido) sobre si próprio e sobre a sua vida foi também seleccionada para o 2º modelo de regressão tendo sido demonstrado através de pesquisas prévias, que, quando as pessoas idosas percepcionavam e detinham efectivamente, controlo sobre si próprios e sobre as suas vidas, a probabilidade de preservarem uma saúde mental positiva era superior (Fry, 1989; Rodin, 1986).

Contemplaram-se também neste modelo variáveis relativas às capacidades reais da pessoa idosa para interagir e participar na vida social, nomeadamente, a capacidade de deslocação, a autonomia nas AIVD, a rede de suporte social, a ocupação e a possibilidade de auferir apoio dos serviços sociais. Estas variáveis têm sido também amplamente estudadas quanto à sua influência positiva ou negativa na saúde mental e no envelhecimento activo e bem sucedido (OMS, 2002; Baltes & Baltes, 1993b).

Saúde Mental:

Após estarem seleccionadas as possíveis variáveis explicativas que poderiam contribuir para as variações ao nível da saúde mental (variável endógena), selecção que teve por base os procedimentos previamente descritos, com base no referencial teórico, procedeu-se à introdução simultânea das diferentes variáveis seleccionadas (constantes da 3ª coluna das tabela nº 68. e nº 69.), em conformidade com os dois modelos de regressão logística previamente referidos, que foram testados.

Tabela nº 68. Associação das potenciais 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
Percepção 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
>=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

Num 1º modelo de regressão foram introduzidas diferentes variáveis explicativas sócio-demográficas, bem como variáveis explicativas referentes à ocorrência de acontecimentos de vida significativos, nomeadamente desgostos, à capacidade física, à capacidade instrumental e à percepção relativa à saúde bem

como alusão a queixas ou doenças ou a apoios específicos dos serviços de saúde. O enfoque deste modelo foi colocado nas capacidades próprias do idoso, físicas e instrumentais, na percepção de saúde bem como na percepção relativa à ocorrência de acontecimentos significativos e ainda nas características da rede social e apoios específicos. Este modelo focalizou-se na relação das capacidades físicas e na percepção de saúde detida pelo idoso, com a disponibilidade de apoios específicos e a SM.

Após análise com as possíveis variáveis explicativas ajustadas (4ª coluna da tabela nº 68.), verificou-se que a probabilidade da SM ser mais positiva era cerca de 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 naqueles que percecionavam a saúde própria como razoável ou pior (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,9). Era menor 0,5 vezes quando não sabiam ou percecionavam a saúde como pior comparativamente aos pares (OR 0,5 IC 0,3 - 0,9), e 0,3 vezes quando referiram o mesmo, comparando-a há detida um ano antes (OR = 0,3 IC 95% 0,2 - 0,6). Era ainda inferior (OR = 0,1 IC 95% 0,1-0,7) naqueles idosos que possuíam limitações físicas para satisfazer as necessidades próprias. A probabilidade da SM ser mais positiva era 2,5 vezes superior quando as pessoas possuíam 1 a 11 anos de escolaridade (OR = 2,5 IC 95% 1,3 - 4,8). O *Nagelkerke R Square* = 44,2% (anexo nº 11.).

Tabela nº 69. 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*

Num 2º modelo de regressão logística (tabela nº 69.) além das possíveis variáveis explicativas sócio-demográficas introduziram-se variáveis relativas à percepção do idoso sobre o rendimento auferido e as condições habitacionais, a rede social, o apoio dos serviços sociais, a percepção de controlo pessoal, a ocupação bem como sobre a capacidade para a deslocação e a autonomia instrumental. Neste modelo o enfoque foi colocado em variáveis relativas à percepção do idoso sobre algumas condicionantes externas, nomeadamente económicas, habitacionais e nas capacidades detidas pelo próprio para com autonomia lidar com as circunstâncias da vida do dia a dia com controlo sobre as

mesmas. A rede e os apoios dos serviços sociais foram também contemplados como possíveis fontes de suporte para a pessoa idosa. Este modelo focaliza-se na interacção entre a percepção de controlo detida pela pessoa idosa, a percepção relativa às condições sócio-económicas e a SM.

Os resultados obtidos com variáveis ajustadas (4ª coluna da tabela nº 69.), permitem afirmar que a probabilidade da SM ser mais positiva era 0,3 vezes menor nas mulheres (OR = 0,3 IC 95% 0,2 - 0,7), 0,1 vez inferior nos idosos que percecionavam o rendimento auferido como razoável ou fraco (OR = 0,1 IC 95% 0,0 - 0,6) e 0,4 vezes menor quando tinham uma rede social muito limitada (OR = 0,4 IC 95% 0,2 - 0,9). Ter limitações físicas deslocando-se na rua apenas com apoio diminuía 0,3 vezes a probabilidade de SM mais positiva (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,9), verificando-se igual diminuição em relação aos que auferiam apoio dos serviços sociais (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 1,0). Uma probabilidade 2,4 vezes superior da SM ser mais positiva foi encontrada nos idosos com 1 a 11 anos de escolaridade (OR = 2,4 IC 95% 1,3 - 4,7). O *Nagelkerke R Square* = 37,3%, menor do que o obtido no modelo prévio, pelo que a variação ao nível da SM explicada por este modelo é inferior (anexo nº 11.).

Bem-estar psicológico:

Após a determinação dos dois modelos de regressão logística para a variável endógena SM, tendo por base os mesmos procedimentos e os critérios adoptados para introdução das diferentes variáveis exógenas em dois modelos de regressão logística, procedeu-se à análise da possível associação entre aquelas e a variável endógena bem-estar psicológico.

Tabela nº 70. Associação das potenciais variáveis explicativas com o bem-estar psicológico - 1º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,5 (0,3-0,8)*	0,6 (0,4-1,1)	0,086
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Sofreu desgostos	149	0,5 (0,3-0,9)*	0,6 (0,4-1,1)	0,128
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,3 (0,2-0,6)*	0,6 (0,3-1,1)	0,126
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,3 (0,2-0,6)*	0,5 (0,2-0,9)*	0,031*
Comparada com a detida há 1 ano atrás: não sabe ou pior	118	0,2 (0,1-0,4)*	0,3 (0,1-0,6)*	0,001*

Após a selecção das possíveis variáveis explicativas para as variações no bem-estar psicológico das pessoas idosas, as quais foram seleccionadas uma a uma após cruzamento com a variável endógena, em função dos valores de prova obtidos (p inferior a 0,05), as mesmas foram introduzidas num 1º modelo, em simultâneo, de modo a ser contemplado o ajustamento entre as diferentes variáveis (4ª coluna da tabela nº 70.).

Verificou-se que apenas quando os idosos não sabiam ou percepcionavam a sua saúde como pior do que a dos outros pares, a probabilidade de terem menor bem-estar psicológico era superior (OR=0,5 IC 95% 0,2-0,9) bem como quando a percepção relativa há saúde detida um ano antes era também pior (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,6). Para as duas variáveis explicativas o valor de prova foi significativo. O *Nagelkerke R Square* = 18,0% (anexo nº 11.).

Tabela nº 71. Associação das potenciais variáveis explicativas com o bem-estar psicológico – 2º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,5 (0,3-0,8)*	0,7 (0,4-1,2)	0,164
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,1 (0,1-0,3)*	0,1 (0,1-0,3)*	0,000*
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,5 (0,3-0,8)*	0,6 (0,4-1,1)	0,102
Percepção de controlo				
Não controla a sua vida	26	0,2 (0,1-1,0)	2,7 (0,2-39,4)	0,469
Não decide a sua vida	30	0,2 (0,0-0,9)*	0,2 (0,0-3,0)	0,237
Não decide o que quer fazer	30	0,1 (0,0-0,7)*	0,2 (0,0-1,9)	0,163
Outros decidem da sua vida	49	0,3 (0,1-0,8)*	0,7 (0,2-2,1)	0,513
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Em casa: com apoio	35	0,3 (0,1-0,9)*	0,9 (0,1-6,6)	0,898
Na rua: com apoio	53	0,3 (0,1-0,7)*	0,4 (0,1-2,0)	0,268

Um 2º modelo foi testado com a introdução das possíveis variáveis explicativas seleccionadas (3ª coluna da tabela nº 71). Após ajustamento das variáveis que tinham surgido associadas ao bem-estar psicológico elevado (4ª coluna da tabela nº 71.) apenas a percepção positiva acerca do rendimento mensal auferido (OR=0,1 IC 95% 0,1-0,3) manteve a probabilidade associada à presença de bem-estar psicológico menos elevado. A variação ao nível do bem-estar psicológico explicada por este modelo foi ligeiramente superior (*Nagelkerke*

R Square = 21,8%) à encontrada para o 1º modelo de regressão logística testado (anexo nº 11.).

Nos dois modelos os valores obtidos para os *Nagelkerke R Squares* sugerem a existência de outras possíveis variáveis explicativas para o bem-estar psicológico que não foram contempladas neste estudo (anexo nº 11.).

Afecto Positivo:

Considerando o afecto positivo como variável endógena, dois possíveis modelos de regressão logística foram testados, os quais incorporaram as variáveis exógenas seleccionadas através dos procedimentos previamente explicitados.

Tabela nº 72. Associação das potenciais variáveis explicativas com o afecto positivo – 1º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,4 (0,3-0,6)*	0,5 (0,3-0,8)*	0,009*
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,7 (0,4-1,1)	1,2 (0,7-2,2)	0,453
De 1 a 11 anos	199	1,3 (0,8-2,1)	2,0 (1,1-3,5)*	0,018*
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,1-0,6)*	0,3 (0,1-0,7)*	0,006*
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,1 (0,0-0,4)*	0,3 (0,1-1,0)	0,057
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,2 (0,1-0,3)*	0,3 (0,2-0,7)*	0,007*
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,2 (0,1-0,3)*	0,2 (0,1-0,5)*	0,000*
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	1,3 (0,7-2,2)	0,8 (0,4-1,6)	0,593
2-3 queixas	172	0,8 (0,5-1,2)	0,8 (0,4-1,4)	0,406
4-5 queixas	54	0,4 (0,2-0,8)*	0,5 (0,2-0,9)*	0,035*
>=6 queixas	6	0,9 (0,2-3,3)	3,2 (0,7-14,9)	0,133

Num 1º modelo foram incluídas variáveis demográficas como o género e o nível de escolaridade bem como a rede social e as diversas variáveis relativas à capacidade física e à saúde (3ª coluna da tabela nº 72.), verificando-se existirem

associações significativas entre algumas das mesmas (quando introduzidas uma a uma no modelo) e a variável endógena em apreciação. Quando se testou o modelo de regressão logística com as variáveis exógenas ajustadas (4ª coluna da tabela nº 72.), verificou-se que apenas a capacidade física para satisfazer as necessidades próprias com limitações deixou de contribuir significativamente para explicar as variações ao nível do afecto positivo. Uma probabilidade mais elevada (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,8) das mulheres deterem menos afecto positivo foi verificada. Possuir uma rede social muito limitada (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,7) bem como ter a percepção de que a saúde presente era razoável ou pior (OR=0,3 IC 95% 0,2-0,7) e que a saúde comparada com a dos outros idosos era pior (OR=0,2 IC 95% 0,1-0,5) assim como quando comparada com a detida pelo próprio um ano antes (OR=0,3 IC 95% 0,2-0,6), associavam-se à menor probabilidade dos idosos terem afecto mais positivo. A presença de 4 ou 5 queixas de saúde ou doenças fizeram crescer a probabilidade dos idosos apresentarem afecto menos positivo (OR=0,5 IC 95% 0,2-0,9). A um nível de escolaridade mais elevado (1 a 11 anos) estava associada uma probabilidade superior (OR=2,0 IC 95% 1,1-3,5) de terem afecto mais positivo. O *Nagelkerke R Square* = 39,8% (anexo nº 11.).

Tabela nº 73. Associação das potenciais variáveis explicativas com o afecto positivo - 2º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,4 (0,3-0,6)*	0,6 (0,3-1,0)	0,067
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,7 (0,4-1,1)	1,0 (0,6-1,8)	0,970
De 1 a 11 anos	199	1,3 (0,8-2,1)	2,2 (1,3-4,0)*	0,006*
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,2 (0,1-0,4)*	0,2 (0,1-0,4)*	0,001*
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,4 (0,3-0,7)*	0,6 (0,3-0,9)*	0,029*
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,1-0,6)*	0,3 (0,1-0,7)*	0,005*
Percepção de controlo				
Não controla a sua vida	26	0,4 (0,1-0,9)*	1,5 (0,3-6,9)	0,597
Não decide o que quer fazer	30	0,2 (0,1-0,6)*	0,5 (0,1-2,1)	0,349
Outros decidem da sua vida	49	0,5 (0,3-1,0)*	0,7 (0,3-1,7)	0,477
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Em casa: com apoio	35	0,1 (0,0-0,3)*	0,3 (0,1-1,4)	0,117
Na rua: com apoio	53	0,2 (0,1-0,4)*	0,4 (0,1-1,2)	0,107
Apoios de serviços sociais				
Recebe	27	0,3 (0,1-0,8)*	0,7 (0,3-2,0)	0,537

Os resultados do 2º modelo de regressão testado mostraram que após ajustamento entre as possíveis variáveis explicativas (4ª coluna da tabela nº 73.), a probabilidade dos idosos possuírem afecto positivo menos elevado estava associada significativamente à percepção de auferirem um rendimento mensal razoável ou fraco (OR=0,2 IC 95% 0,1-0,4), de terem uma habitação razoável ou fraca (OR=0,6 IC 95% 0,3-0,6) e uma rede social muito limitada (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,7). Possuir um nível de escolaridade entre 1 e 11 anos aumentava a probabilidade dos idosos terem afecto positivo mais elevado (OR=2,2 IC 95% 1,3-4,0). O *Nagelkerke R Square* = 29,9%, inferior ao obtido para o 1º modelo de regressão logística testado para a variável endógena considerada (anexo nº 11.).

Laços emocionais:

Tabela nº 74. Associação das potenciais variáveis explicativas com os laços emocionais – 1º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,4 (0,2-0,6)*	0,5 (0,3-0,8)*	0,007*
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,6 (0,4-1,0)	0,8 (0,5-1,5)	0,553
De 1 a 11 anos	199	1,2 (0,8-2,0)	1,5 (0,9-2,5)	0,114
Rede Social				
Muito limitada	38	0,4 (0,2-0,8)*	0,4 (0,2-1,0)*	0,043*
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Não ocorreram	178	1,7 (1,1-2,5)*	1,2 (0,7-2,1)	0,584
Sofreu desgostos	149	0,6 (0,4-0,9)*	0,8 (0,4-1,4)	0,400
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,2 (0,1-0,6)*	0,4 (0,1-1,1)	0,085
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,4 (0,2-0,7)*	0,6 (0,3-1,2)	0,170
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,5 (0,3-0,7)*	0,8 (0,4-1,3)	0,362
Comparada com a detida há 1 ano atrás: não sabe ou pior	118	0,3 (0,2-0,5)*	0,5 (0,3-0,9)*	0,014*

Relativamente ao 1º modelo de regressão logística em que os laços emocionais foram introduzidos como variável endógena (tabela nº 74.), após ajustamento das variáveis explicativas seleccionadas (4ª coluna da tabela nº 74.)

verificou-se que a probabilidade dos idosos possuírem laços emocionais mais satisfatórios diminuía quando eram do sexo feminino (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,8), quando as suas redes sociais eram muito limitadas (OR=0,4 IC 95% 0,2-1,0) e quando a percepção que tinham acerca da saúde presente comparativamente à detida um ano antes era pior (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,9). A variância relativa aos laços emocionais explicada por este modelo foi 20,3% valor obtido para o *Nagelkerke R Square* (anexo nº 11.).

Tabela nº 75. Associação das potenciais variáveis explicativas com os laços emocionais – 2º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,4 (0,2-0,6)*	0,5 (0,3-0,9)*	0,014*
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,6 (0,4-1,0)	1,0 (0,5-1,7)	0,884
De 1 a 11 anos	199	1,2 (0,8-2,0)	2,0 (1,1-3,6)*	0,022*
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,1 (0,1-0,3)*	0,1 (0,0-0,3)*	0,000*
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,5 (0,3-0,7)*	0,6 (0,4-1,0)	0,076
Rede Social				
Muito limitada	38	0,4 (0,2-0,8)*	0,4 (0,2-1,0)*	0,042*
Percepção de controlo				
Não controla a sua vida	26	0,2 (0,1-0,6)*	1,1 (0,1-8,7)	0,945
Não decide a sua vida	30	0,2 (0,1-0,6)*	0,3 (0,0-2,1)	0,233
Não decide o que quer fazer	30	0,2 (0,1-0,5)*	0,4 (0,1-1,5)	0,167
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Na rua: com apoio	53	0,5 (0,2-0,9)*	0,7 (0,3-1,5)	0,357

Os resultados obtidos para o 2º modelo de regressão logística testado (tabela nº 75.) revelaram também que ser do género feminino (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,9), possuir uma percepção acerca do rendimento mensal auferido menos favorável (OR=0,1 IC 95% 0,0-0,3) e ter uma rede social muito limitada (OR=0,4 IC 95% 0,2-1,0) faziam decrescer a probabilidade das pessoas idosas terem laços emocionais mais satisfatórios. Contrariamente, quando aquelas possuíam um nível de escolaridade de 1 a 11anos, a probabilidade de terem laços emocionais mais satisfatórios aumentava (OR=2,0 IC 95% 1,1-3,6). O *Nagelkerke R Square* obtido neste modelo foi de 26,1% (anexo nº 11.).

No referente às dimensões mais negativas da SM foram também testados diferentes modelos de regressão logística a fim de serem determinadas as associações entre os diferentes factores contemplados no estudo como variáveis exógenas e as variáveis endógenas.

Distress psicológico:

No caso do *distress* psicológico (variável endógena) testaram-se dois modelos de regressão logística nos quais foram introduzidas as possíveis variáveis explicativas (exógenas), tendo por base os fundamentos anteriormente apresentados.

Tabela nº 76. Associação das potenciais variáveis explicativas com o *distress* psicológico – 1º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,2 (0,1-0,5)*	0,4 (0,2-0,9)*	0,029*
Rede Social				
Muito limitada	38	0,4 (0,2-0,9)*	0,6 (0,2-1,4)	0,210
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Não ocorreram	178	2,2 (1,3-3,8)*	0,9 (0,4-1,9)	0,756
Sofreu desgostos	149	0,3 (0,2-0,5)*	0,3 (0,1-0,6)*	0,002*
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,2 (0,1-0,4)*	0,3 (0,1-0,8)*	0,020*
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,1 (0,0-0,4)*	0,4 (0,1-1,6)	0,220
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,3 (0,2-0,5)*	0,6 (0,3-1,1)	0,094
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)*	0,001*
Apoios de serviços de saúde				
Está medicado	307	0,1 (0,0-0,8)*	0,2 (0,0-1,6)	0,129

Num 1º modelo de regressão logística, tendo-se procedido ao ajustamento entre as diferentes variáveis (4ª coluna da tabela nº 76.), verificou-se que o género feminino (OR=0,4 IC 95% 0,2-0,9), a ocorrência de acontecimentos de vida significativos, nomeadamente, desgostos (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,6), possuir limitações na capacidade física para satisfazer as necessidades próprias (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,8) e não saber ou perceber a saúde própria no presente como

pior comparativamente à detida um ano antes (OR=0,3 IC 95% 0,2-0,6) reduziam a probabilidade dos idosos terem menor *distress* psicológico. A variação no *distress* psicológico explicada pelas variáveis incluídas neste modelo foi 34,3% – *Nagelkerke R Square* (anexo nº 11.).

Tabela nº 77. Associação das potenciais variáveis explicativas com o *distress* psicológico – 2º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,2 (0,1-0,5)*	0,4 (0,2-0,8)*	0,008*
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,2 (0,0-0,8)*	0,1 (0,0-1,2)	0,069
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,4 (0,3-0,7)*	0,6 (0,3-1,1)	0,103
Rede Social				
Muito limitada	38	0,4 (0,2-0,9)*	0,6 (0,3-1,2)	0,151
Percepção de controlo				
Não decide o que quer fazer	30	0,4 (0,2-0,8)*	0,7 (0,3-1,9)	0,538
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Em casa: com apoio	35	0,3 (0,1-0,6)*	1,5 (0,4-5,4)	0,545
Na rua: com apoio	53	0,3 (0,2-0,6)*	0,3 (0,1-0,9)*	0,028*
Apoios de serviços sociais				
Recebe	27	0,3 (0,1-0,6)*	0,5 (0,2-1,2)	0,133

O 2º modelo de regressão logística testado com o *distress* psicológico como variável endógena, com ajustamento entre as diferentes variáveis (4ª coluna da tabela nº 77.) apresentou os resultados significativos seguintes: apenas o género feminino (OR=0,4 IC 95% 0,2-0,8) e apresentar limitações na deslocação na rua sem apoio (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,9) reduziam a probabilidade dos idosos terem menor *distress* psicológico. Os resultados revelaram que a variação no *distress* psicológico explicada pelas variáveis exógenas introduzidas no modelo foi bastante inferior (*Nagelkerke R Square* = 19,5%) à do primeiro modelo de regressão logística (anexo nº 11.).

Perda de controlo emocional/comportamental:

Tabela nº 78. Associação das potenciais variáveis explicativas com a perda de controlo comportamental/emocional – 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 (0,1-0,8)*	0,014*
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,2-0,7)*	0,4 (0,2-1,0)*	0,047*
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Não ocorreram	178	2,6 (1,4-4,7)*	1,3 (0,6-3,0)	0,521
Sofreu desgostos	149	0,3 (0,2-0,6)*	0,4 (0,2-0,9)*	0,036*
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,1 (0,1-0,3)*	0,3 (0,1-0,7)*	0,006*
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,2 (0,1-0,6)*	0,7 (0,2-2,7)	0,611
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,4 (0,2-0,7)*	0,8 (0,4-1,6)	0,560
Comparada com a detida há 1 ano atrás: não sabe ou pior	118	0,1 (0,1-0,3)*	0,2 (0,1-0,5)*	0,000*
Apoios de serviços de saúde				
Está medicado	307	0,1 (0,0-1,1)	0,3 (0,0-2,7)	0,302

Num 1º modelo de regressão logística (tabela nº 78.) em que se procurou determinar da associação entre a perda de controlo emocional/comportamental com diferentes variáveis explicativas verificou-se, após ajustamento entre as mesmas, que quando os idosos eram do género feminino (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,8), possuíam redes sociais muito limitadas (OR=0,4 IC 95% 0,2-1,0), tinham sofrido acontecimentos de vida significativos, nomeadamente, desgostos (OR=0,4 IC 95% 0,2-0,9), apresentavam limitações na capacidade física para satisfazer as necessidades do dia a dia (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,7), percepcionavam a saúde que detinham como pior do que a que possuíam um ano antes (OR=0,2 IC 95% 0,1-0,5), a oportunidade de terem maior controlo emocional/comportamental decrescia. O *Nagelkerke R Square* = 35,3%, variação na perda de controlo emocional/comportamental explicada neste modelo de regressão (anexo nº 11.).

Tabela nº 79. Associação das potenciais variáveis explicativas com a perda de controlo comportamental/emocional – 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 (0,1-0,7)*	0,006*
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,2 (0,1-1,1)	0,2 (0,0-1,9)	0,181
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,4 (0,2-0,7)*	0,5 (0,3-0,9)*	0,027*
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,2-0,7)*	0,5 (0,2-1,0)	0,056
Percepção de controlo				
Não decide o que quer fazer	30	0,4 (0,2-0,8)*	0,5 (0,2-1,4)	0,179
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Em casa: com apoio	35	0,4 (0,2-0,8)*	1,5 (0,4-6,3)	0,555
Na rua: com apoio	53	0,4 (0,2-0,7)*	0,4 (0,1-1,4)	0,169
Apoios de serviços sociais				
Recebe	27	0,3 (0,1-0,6)*	0,6 (0,2-1,4)	0,217

No 2º modelo de regressão logística testado, com ajustamento entre as variáveis, (4ª coluna da tabela nº 79.) apenas o facto da pessoa idosa ser do género feminino (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,7) e ter a percepção de que a sua habitação era razoável ou fraca (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,9), eram factores significativos na diminuição do controlo emocional/comportamental. Contudo, este 2º modelo de regressão logística explica menos do que o modelo anterior, as variações constatadas ao nível desta mesma variável. O *Nagelkerke R Square* = 20,0% (anexo nº 11.).

Depressão:

No âmbito da SM, a depressão foi estudada procurando-se determinar da sua associação com possíveis variáveis explicativas quer relativas às pessoas idosas quer relativas ao meio ambiente.

Tabela nº 80. Associação das potenciais variáveis explicativas com a depressão – 1º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,4 (0,1-0,9)*	0,6 (0,2-2,1)	0,451
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,6 (0,3-1,4)	1,0 (0,4-2,6)	0,918
De 1 a 11 anos	199	1,8 (0,8-4,0)	3,3 (1,3-8,7)*	0,013*
Situação profissional				
Trabalhador	6			
Reformado	267	2,1 (1,0-4,4)*	3,2 (1,3-7,8)*	0,012*
Pensionista	56	1,4 (0,6-3,5)	2,1 (0,7-5,8)	0,176
Doméstica	13	0,4 (0,1-1,1)	0,5 (0,1-1,6)	0,233
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Sofreu desgostos	149	0,5 (0,2-1,0)*	0,6 (0,2-1,5)	0,286
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,3 (0,1-0,7)*	0,6 (0,2-1,9)	0,391
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,3 (0,1-1,1)	0,6 (0,1-4,6)	0,656
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,2 (0,1-0,5)*	0,4 (0,1-0,9)*	0,032*
Comparada com a detida há 1 ano atrás: não sabe ou pior	118	0,2 (0,1-0,5)*	0,4 (0,1-1,0)*	0,043*
Queixas de saúde ou doenças: ausência				
1 queixa	97	3,8 (1,3-11,1)*	3,0 (0,9-9,7)	0,073
2-3 queixas	172	1,1 (0,5-2,3)	1,3 (0,5-3,2)	0,556
4-5 queixas	54	0,7 (0,3-1,6)	0,8 (0,3-2,2)	0,659
>=6 queixas	6	0,2 (0,1-1,0)	0,4 (0,1-2,6)	0,344

Num 1º modelo de regressão logística sem ajustamento, as diversas variáveis foram seleccionadas (3ª coluna da tabela nº 80.), após o que se procedeu à sua introdução com ajustamento no modelo. Verificou-se (4ª coluna da tabela nº 80.) que quando os idosos não sabiam ou tinham a percepção de que a saúde própria era pior comparativamente à percebida nos outros idosos (OR=0,4 IC 95% 0,1-0,9) bem como relativamente à saúde detida um ano antes (OR=0,4 IC 95% 0,1-1,0) aumentava significativamente a possibilidade dos mesmos estarem mais deprimidos, e, contrariamente, quando eram detentores de um nível superior de escolaridade (1 a 11 anos) (OR=3,3 IC 95% 1,3-8,7) bem como quando estavam reformados (OR=3,2 IC 95% 1,3-7,8), a probabilidade de

estarem menos deprimidos aumentava significativamente. O *Nagelkerke R Square* = 27,7% (anexo nº 11.).

Tabela nº 81. Associação das potenciais variáveis explicativas com a depressão – 2º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,4 (0,1-0,9)*	0,5 (0,2-1,3)	0,157
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,6 (0,3-1,4)	0,7 (0,3-1,6)	0,381
De 1 a 11 anos	199	1,8 (0,8-4,0)	2,2 (0,9-5,3)	0,075
Situação profissional				
Trabalhador	6			
Reformado	267	2,1 (1,0-4,4)*	2,1 (1,0-4,7)	0,063
Pensionista	56	1,4 (0,6-3,5)	2,2 (0,8-6,0)	0,108
Doméstica	13	0,4 (0,1-1,1)	0,5 (0,1-1,4)	0,183
Percepção de controlo				
Não decide o que quer fazer	30	0,3 (0,1-0,9)*	0,5 (0,2-1,6)	0,241
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Na rua: com apoio	53	0,4 (0,2-0,9)*	0,6 (0,2-1,5)	0,237

Os resultados obtidos no 2º modelo de regressão logística (4ª coluna da tabela nº 81.) não foram significativos relativamente à probabilidade das diferentes variáveis exógenas estarem associadas à depressão. O *Nagelkerke R Square* = 14,2% percentagem que evidenciou que os factores considerados (variáveis exógenas) pouco contribuíam para explicar variações no nível de depressão (anexo nº 11).

Ansiedade:

A ansiedade foi considerada a variável endógena nos dois modelos que a seguir se apresentam.

Tabela nº 82. Associação das potenciais variáveis explicativas com a ansiedade – 1º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,3 (0,1-0,5)*	0,4 (0,2-0,9)*	0,024*
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,2-0,7)*	0,3 (0,1-0,9)*	0,022*
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Não ocorreram	178	2,3 (1,4-3,7)*	1,0 (0,5-2,0)	0,952
Sofreu desgostos	149	0,3 (0,2-0,5)*	0,3 (0,1-0,6)*	0,001*
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,1 (0,0-0,2)*	0,1 (0,0-0,4)*	0,001*
Autonomia nas ABVD				
Dependente	6	0,2 (0,0-1,0)	2,5 (0,3-22,1)	0,399
Presença de autonomia Instrumental				
Não autónomo	188	0,6 (0,4-1,0)*	1,0 (0,5-1,9)	0,968
Percepção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,1 (0,0-0,4)*	0,4 (0,1-1,2)	0,095
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,3 (0,2-0,4)*	0,5 (0,3-0,9)*	0,027*
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)*	0,001*
Apoios de serviços de saúde				
Está medicado	307	0,2 (0,1-0,8)*	0,6 (0,1-2,4)	0,453

Após ajustamento entre as diferentes variáveis, aquelas que surgiram com valores de prova significativos ($p \leq 0,05$) permitiram concluir que as mulheres (OR=0,4 IC 95% 0,2-0,9), os idosos com redes sociais muito limitadas (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,9), os que sofreram acontecimentos de vida significativos, nomeadamente, desgostos (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,6), os que possuíam limitações na capacidade física para satisfazer necessidades próprias (OR=0,1 IC 95% 0,0-0,4) e os que não sabiam ou tinham a percepção de que a sua saúde era pior do que a dos pares (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,9) e da que detinham no ano prévio (OR=0,3 IC 95% 0,2-0,6) apresentavam uma probabilidade superior de terem níveis mais elevados de ansiedade. O *Nagelkerke R Square* = 42,1% (anexo nº 11.).

Tabela nº 83. Associação das potenciais variáveis explicativas com a ansiedade – 2º modelo de regressão logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,3 (0,1-0,5)*	0,3 (0,2-0,7)*	0,003*
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,2 (0,1-0,7)*	0,2 (0,0-1,0)	0,057
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,5 (0,3-0,8)*	0,7 (0,4-1,2)	0,229
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,2-0,7)*	0,4 (0,2-0,9)*	0,021*
Percepção de controlo				
Não controla a sua vida	26	0,3 (0,2-0,8)*	0,6 (0,0-6,3)	0,636
Não decide a sua vida	30	0,5 (0,2-1,0)*	2,4 (0,2-25,5)	0,471
Não decide o que quer fazer	30	0,3 (0,1-0,5)*	0,6 (0,1-2,3)	0,425
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Em casa: com apoio	35	0,2 (0,1-0,5)*	1,6 (0,4-5,9)	0,476
Na rua: com apoio	53	0,2 (0,1-0,4)*	0,2 (0,1-0,6)*	0,005*
Presença de autonomia Instrumental				
Não autónomo	188	0,6 (0,4-1,0)*	0,7 (0,4-1,3)	0,260
Apoios de serviços sociais				
Recebe	27	0,2 (0,1-0,4)*	0,3 (0,1-0,7)*	0,010*

Em relação ao 2º modelo de regressão logística, após ajustamento entre as diversas variáveis (4ª coluna da tabela nº 83.), concluiu-se que as mulheres tinham uma probabilidade inferior à dos homens (OR=0,3 IC 95% 0,2-0,7) de terem níveis menos elevados de ansiedade. Os idosos que possuíam uma rede social muito limitada (OR=0,4 IC 95% 0,2-0,9 bem como com limitações na deslocação na rua sem apoio (OR=0,2 IC 95% 0,1-0,6), e, aqueles que usufruíam de apoios sociais (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,7) apresentavam também, uma maior probabilidade de terem um nível mais elevado de ansiedade. Todavia, o *Nagelkerke R Square* obtido neste modelo foi 27,8%, inferior ao determinado para o 1º modelo de regressão logística testado (anexo nº 11.).

Segue-se o quadro nº 12. que apresenta de forma sistematizada o conjunto de factores pessoais e do meio ambiente (variáveis exógenas) que se comprovaram ser significativos relativamente à SM e respectivas dimensões, nos dois modelos de regressão logística testados para cada uma das mesmas (variáveis endógenas).

Quadro nº 12. Matriz de variáveis significativas resultantes dos modelos de regressão logística com ajustamento

Saúde mental e respectivas dimensões	1º.s Modelos										2º.s Modelos						
	Factores										Factores						
	Género	Rede Social	Desgostos	Limitação na capacidade física	Percepção de saúde			Queixas de saúde	Escolaridade	Situação Profissional	Género	Rede Social	Percepção do rendimento auferido	Percepção da habitação	Capacidade física	Serviços sociais	Escolaridade
Feminino	Muito limitada	Sofreu desgostos	Com limitação	Razoável ou pior	Não sabe ou pior	Não sabe ou pior	4-5 queixas ou doenças	1 a 11 anos	Reformado	Feminino	Muito limitada	Razoável ou fraco	Razoável ou fraco	Deslocação na rua com apoio	Recebe apoio	1 a 11 anos	
Saúde mental	0,3	0,3	-	0,3	0,3	0,5	0,3	-	2,5	-	0,3	0,4	0,1	-	0,3	0,3	2,4
Bem-estar psicológico	-	-	-	-	-	0,5	0,3	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-
Afecto positivo	0,5	0,3	-	-	0,3	0,2	0,3	0,5	2,0	-	-	0,3	0,2	0,6	-	-	2,2
Laços emocionais	0,5	0,4	-	-	-	-	0,5	-	-	-	0,5	0,4	0,1	-	-	-	2,0
<i>Distress</i> psicológico	0,4	-	0,3	0,3	-	-	0,3	-	-	-	0,4	-	-	-	0,3	-	-
Perda de controlo emocional/comportamental	0,3	0,4	0,4	0,3	-	-	0,2	-	-	-	0,3	-	-	0,5	-	-	-
Depressão	-	-	-	-	-	0,4	0,4	-	3,3	3,2	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedade	0,4	0,3	0,3	0,1	-	0,5	0,3	-	-	-	0,3	0,4	-	-	0,2	0,3	-

A tabela nº 84. sistematiza as variâncias explicadas (*Nagelkerke R Square*) para os diferentes modelos de regressão logística.

Tabela nº 84. Variâncias explicadas nos modelos de regressão logística (*Nagelkerke R Square-R²*)

Saúde mental e respectivas dimensões	1º Modelo	2º Modelo
Saúde mental	44,2	37,3
Bem-estar psicológico	18,2	21,8
Afecto positivo	39,8	29,9
Laços emocionais	20,3	26,1
<i>Distress</i> psicológico	34,3	19,5
Perda de controlo emocional/comportamental	35,3	20,0
Depressão	27,7	14,2
Ansiedade	42,1	27,8

Os resultados dos diferentes modelos de regressão logística, que avaliaram da associação entre a SM e respectivas dimensões com os possíveis factores influentes nos mesmos (correspondentes aos 1ºs modelos de regressão apresentados nas tabelas prévias), permitiram concluir que, a percepção que os idosos detinham de que a sua saúde era pior comparativamente à saúde que possuíam no ano anterior, reduzia (para todas as variáveis endógenas consideradas), significativamente, a probabilidade de terem melhor SM ou seja de terem uma SM mais positiva bem como de apresentarem bem-estar psicológico mais positivo, afecto positivo mais elevado, e, ainda, laços emocionais mais satisfatórios. Reduzia também a probabilidade de terem menor *distress* psicológico, menor perda de controlo emocional/comportamental, de estarem menos deprimidos e menos ansiosos.

Outro factor que surgiu associado significativamente à SM e respectivas dimensões, quer as mais positivas como o afecto positivo e os laços emocionais quer as mais negativas como o *distress* psicológico, a perda de controlo emocional/comportamental e a ansiedade foi o género, nomeadamente, o feminino, que diminuía a oportunidade das pessoas idosas apresentarem SM mais positiva, afecto positivo mais elevado e laços emocionais mais satisfatórios. A probabilidade de apresentarem *distress* psicológico menor, maior controlo

emocional/comportamental e menor ansiedade era também inferior nas mulheres comparativamente aos homens. O género feminino surgiu referenciado na revisão teórica efectuada, como estando associado a SM mais negativa (pior).

Nos 2^{os} modelos de regressão logística testados para as diversas variáveis endógenas, este factor apresentou-se também como significativo, aumentando a probabilidade de pior SM.

Ao nível das várias dimensões contempladas na SM (positivas – afecto positivo e laços emocionais bem como negativas – perda de controlo emocional/comportamental e ansiedade) a rede social revelou ser um factor significativo. Redes sociais muito limitadas reduziam a oportunidade dos idosos terem uma SM mais favorável e positiva, disporem de afecto positivo mais elevado e de laços emocionais mais satisfatórios. Também aumentava a probabilidade de apresentarem menor controlo emocional/comportamental e ansiedade mais elevada.

Nos 2^{os} modelos testados a rede social limitada surgiu igualmente, aumentado a probabilidade dos idosos terem pior SM, menor afecto positivo e laços emocionais menos satisfatórios bem como um nível de ansiedade superior.

A percepção das pessoas idosas de que a sua saúde era idêntica ou pior do que a dos pares, aumentava a probabilidade de apresentarem pior SM, menor bem-estar psicológico e afecto positivo menos elevado. Verificou-se ainda uma maior probabilidade de estarem mais deprimidas e com nível superior de ansiedade.

Em relação à presença de limitações ao nível da capacidade física que as pessoas idosas detinham para satisfazer as necessidades do dia a dia, verificou-se que, as mesmas, diminuía a probabilidade de apresentarem SM mais positiva, menor *distress* psicológico, maior controlo emocional/comportamental e menor ansiedade.

Verificou-se que a ocorrência de acontecimentos de vida no ano prévio, nomeadamente, de desgostos, influenciavam negativa e significativamente, o *distress* psicológico, a perda de controlo emocional/comportamental e a ansiedade, aumentando a oportunidade de serem mais elevados.

Para além destes factores, nos 1^{os} modelos de regressão logística testados, apenas a percepção dos idosos relativa à saúde presente, considerada como razoável, fraca ou má, e, a presença de 4 a 5 queixas de saúde ou doenças, apareceram como factores significativos, aumentando a probabilidade de

influência negativa na SM e no afecto positivo para o primeiro factor, e, apenas para o afecto positivo, para o segundo factor.

A oportunidade de uma influência favorável e positiva foi verificada quando os idosos possuíam 1 a 11 anos de escolaridade, o que aumentava a probabilidade de terem melhor SM, afecto positivo mais elevado e de estarem menos deprimidos.

As pessoas idosas reformadas apresentaram igualmente uma oportunidade superior de estarem menos deprimidas do que as trabalhadoras.

No conjunto dos factores com influência na SM e nas respectivas dimensões positivas, verificou-se que o género feminino, a rede social limitada e as percepções relativas à saúde (presente e comparada com a dos pares e no tempo) menos favoráveis, foram os mais significativos, os quais reduziam a probabilidade de situações mais positivas e favoráveis naquelas. Contrariamente, os idosos que tinham um nível de escolaridade de 1 a 11anos, apresentavam uma probabilidade superior de terem melhor SM e afecto positivo mais elevado.

No referente às dimensões da SM mais negativas, a percepção dos idosos de que a saúde que detinham era idêntica ou pior comparativamente à que possuíam um ano antes, o género feminino, a ocorrência no último ano de acontecimentos de vida significativos, nomeadamente, de desgostos, e, a presença de limitações na capacidade física para satisfazerem as necessidades do dia a dia, foram factores que emergiram aumentando a probabilidade de *distress* psicológico mais elevado, de perda de controlo emocional/comportamental e de ansiedade superior. Um nível de escolaridade de 1 a 11 anos e a reforma foram os factores que aumentaram a probabilidade dos idosos estarem menos deprimidos.

No que se reporta aos 2^{os} modelos de regressão logística apresentados verificou-se que o factor mais influente nas dimensões mais positivas da SM foi a percepção dos idosos relativa ao rendimento mensal auferido, que, quando foi considerado razoável ou fraco, reduzia a probabilidade dos mesmos terem situações mais positivas.

A existência de limitações para a deslocação na rua sem apoios foi o factor identificado com associação a menor SM, maior *distress* psicológico e a ansiedade mais elevada. A percepção dos idosos relacionada com a sua habitação surgiu associada a menor afecto positivo e a maior perda de controlo emocional/comportamental. Auferir apoio dos serviços sociais reduzia também a

oportunidade dos idosos terem melhor SM e menor ansiedade. Um nível de escolaridade de 1 a 11anos foi o factor que surgiu associado positiva e significativamente, à SM, ao afecto positivo e aos laços emocionais, aumentando a probabilidade dos mesmos serem superiores e mais satisfatórios.

Para a SM e diferentes dimensões contempladas neste estudo como variáveis endógenas, exceptuando o bem-estar psicológico e os laços emocionais, dos dois modelos de regressão logística testados (para cada variável endógena), o 1º modelo revelou ser aquele cujas alterações nas variáveis endógenas explicada pelos factores pessoais e do meio ambiente considerados (variáveis exógenas) foi superior.

Os modelos de regressão que permitiram determinar um maior número de factores com influência positiva ou negativa, foram o 1º modelo de regressão testado para a SM (*Nagelkerke R Square* = 44,2%), e, também, o 1º modelo de regressão logística testado para a ansiedade (*Nagelkerke R Square* = 42,1%). Contrariamente, no 2º modelo de regressão logística em que a variável endógena foi a depressão, não se identificou qualquer factor explicativo com influência significativa na mesma. Foi em relação ao bem-estar psicológico que o 1º modelo de regressão logística, revelou uma variância explicada menor de cerca de 18,2% conforme *Nagelkerke R Square*.

4. DISCUSSÃO

Um dos **objectivos** do estudo efectuado foi caracterizar a saúde mental da população idosa da RAM quer do ponto de vista das situações em que a mesma era mais positiva e favorável (melhor saúde mental), quer quando era mais negativa e desfavorável (pior saúde mental). Outro objectivo foi determinar as prevalências das situações positivas de saúde mental, de bem-estar psicológico, de afecto positivo e de laços emocionais mais satisfatórios bem como das mais negativas, nomeadamente, de *distress* psicológico, de depressão, de ansiedade e de descontrolo emocional/ comportamental. O terceiro objectivo delineado foi determinar em que medida certos factores pessoais ou do meio ambiente influenciavam positiva ou negativamente a melhor ou pior saúde mental das pessoas idosas.

A concretização dos diferentes objectivos foi sequencial, verificando-se a necessidade de ser cumprido o primeiro para a concretização do segundo, e deste, para ser atingido o terceiro. Do ponto de vista metodológico o grau de complexidade foi progressivamente aumentando.

A **amostra** foi aleatória, verificando-se uma percentagem substancial de perdas (45,8%), apesar de terem sido considerados procedimentos recomendados para a concretização de estudos com pessoas idosas (Rieder-Heller et al., 2000). As razões mais identificadas para a não participação foram a ausência do idoso e a recusa pelo idoso em participar, as duas com 24,5%, bem como o falecimento (17,8%).

Relativamente aos critérios de inclusão nesta pesquisa, através da aplicação do MMSE aos idosos seleccionados, verificou-se que 19,9% apresentavam defeito cognitivo, dos quais 21,2% eram homens e 19,2% mulheres (tabela nº 13., p. 136). Houve um acréscimo percentual de defeito cognitivo com o avanço da idade: 65-74 anos 14,3%; 75-84 anos 23,4% e idade \geq 85 anos 55,6%. No Funchal a prevalência (11,6%) de defeito cognitivo foi inferior há encontrada nos outros concelhos (25,5%).

Botelho (2000) num estudo efectuado com 163 idosos residentes na comunidade, na cidade de Lisboa, tendo utilizado a versão adaptada para a população portuguesa do MMSE, refere que 91,0% dos mesmos, não estavam demenciados. Constatou que as pontuações encontradas no teste eram dependentes do sexo e da idade, verificando que existia associação entre a demência e a idade avançada.

A prevalência de defeito cognitivo encontrada nos idosos da cidade do Funchal foi aproximada à encontrada nos idosos estudados de Lisboa. Os

inquiridos da RAM apresentaram igualmente, aumentos percentuais na presença de defeito cognitivo com a progressão na idade.

As prevalências determinadas para o defeito cognitivo, justificam a realização de um estudo mais acurado desta situação na população idosa da RAM bem como relativo à saúde mental daqueles que o apresentem.

O **protocolo** definido para a pesquisa foi adequado. Os **instrumentos** utilizados obtiveram a aceitação dos idosos inquiridos. O facto de terem sido aplicados no decurso de entrevistas realizadas pelas Sr^{as}. Enfermeiras facilitou a respectiva aplicação.

Caracterização das pessoas idosas relativamente à saúde mental:

Na amostra e em relação às variáveis sócio-demográficas identificou-se uma percentagem superior de mulheres (66,4%) comparativamente aos homens (33,6%) o que estava de acordo com a percentagem mais elevada de idosas com 65 e mais anos que residiam na RAM (na população 62,6% eram mulheres e 37,4% homens). A classe etária dos 65–74 anos incluiu mais idosos (64,9%), seguindo-se a dos 75–84 anos com 31,6%, percentagens estas superiores à dos idosos da classe com idades ≥ 85 anos (3,5%). Os valores encontrados não surpreendem face ao número de idosos das mesmas classes etárias residentes na RAM. Por outro lado as perdas foram também mais acentuadas naqueles com idades mais avançadas: 65–74 anos 23,3%; 75–84 anos 26,1%; idade ≥ 85 anos 56,8%.

A idade mínima da amostra foi 65 anos e a máxima 89 anos. A idade $\bar{X} = 72,6$ com $S = 5,77$. Estas idades foram inferiores comparativamente às equivalentes na amostra inicialmente seleccionada e às constituídas pelos idosos que não participaram no estudo bem como por aqueles que apresentaram defeito cognitivo. Estes resultados parecem confirmar que os idosos com idades menores, mantinham mais preservado um conjunto de capacidades que lhes permitiram participar no estudo. A ausência do idoso aquando dos contactos, salientou-se (35,2%) na classe daqueles com 65–74 anos, o que pode indiciar que estavam mais capazes de saírem de casa. A impossibilidade de participação por razões de saúde (33,3%), o falecimento e a ausência do lar (quando tinham mudado para residir noutros locais, nomeadamente, em lares) ambas as razões com 25,0%, foram, por outro lado, mais frequentes naqueles com idades ≥ 85 anos.

Quanto à situação profissional os reformados eram prevalentes (78,1%). A passagem à reforma supõe um processo de transição-adaptação (Cavanaugh, 1997; Fonseca, 2005a; Michele, 2007). Para alguns idosos pode significar uma oportunidade para a concretização de expectativas e objectivos adiados, traduzindo-se por um aumento do investimento na vida por parte dos mesmos, e, conseqüentemente, por um aumento da satisfação pessoal e de auto-estima. No entanto, para outros, a adaptação a esta nova situação pode ser difícil, e, a mesma, pode ser encarada como perda de oportunidades quer do ponto de vista pessoal quer social. As conseqüências negativas para o idoso nessa situação podem ser deletérias e originar sofrimento (Fonseca, 2005a; Michele, 2007). Os que detinham 1 a 11 anos de escolaridade (58,2%) eram também maioritários. As mulheres eram menos escolarizadas do que os homens. Relativamente ao estado civil, 54,4% dos idosos eram casados e 50,0% viúvos. Na classe etária dos 65-74 anos 64,0% eram casados e 25,7% viúvos; na dos 75-84 anos 37% eram casados e 50,0% viúvos e na dos que tinham idades \geq 85 anos 33,3% eram casados e 58,3% eram viúvos. Os idosos casados e os viúvos eram preponderantes nos outros concelhos comparativamente ao do Funchal.

Dos inquiridos 44% pertencia à classe social V (muito baixa). Uma percentagem superior de mulheres (53,3%) pertencia a esta classe, e, no referente aos homens, 39,1% pertenciam à classe IV (baixa). Estes dados não surpreendem dado que a nível nacional existe um predomínio dos idosos pertencentes a estas classes sociais (Botelho, 2000). De acordo com a OMS (2002), em muitas sociedades as mulheres continuam a ter um estatuto social mais desvalorizado e um menor acesso a certas oportunidades essenciais a um desenvolvimento saudável, como por exemplo, trabalhos menos gratificantes e menor educação. Há alguns anos atrás, as desigualdades associadas ao género eram ainda mais marcantes, pelo que, esta situação, esteve, provavelmente, presente na vida de muitas das idosas que participaram neste estudo, repercutindo-se nas condições sócio-económicas e nível de escolaridade apresentados pelas mesmas. Do ponto de vista da saúde e da saúde mental, estas parecem ser circunstâncias que suscitam maior vulnerabilidade nas mulheres do que nos homens, as quais, efectivamente, experimentam de modo diferente o envelhecimento (Smith & Baltes, 1998; Verropoulou & Tsimbos, 2007).

Em relação à percepção acerca do rendimento mensal auferido, 52,9% dos participantes consideraram-no fraco, dos quais 55,9% eram mulheres e 47,0% homens.

Importa lembrar, de acordo com Baltes & Baltes (1993b), com Michele (2007) e com a OMS (2002), que um estatuto sócio-económico mais elevado é importante para uma vida bem sucedida e para a satisfação pessoal. O risco de perdas financeiras pode ser, no entanto, aumentado na velhice (Pinquart & Sorensen, 2000). A percentagem de idosos que considerou o rendimento auferido fraco aumentou paralelamente ao acréscimo da idade. Nos outros concelhos que não o do Funchal foram prevalentes os idosos que referiram que o rendimento era fraco (61,5%). Quando precisavam de ajuda económica os inquiridos solicitavam-na mais aos filhos (49,7%). Com o aumento da idade esta solicitação acresceu progressivamente. Os residentes fora do Funchal solicitavam-na mais frequentemente (53,2%).

A habitação foi considerada boa por 44,2% dos respondentes. Dos homens 51,3% referiram que era boa e das mulheres 40,5% também. Não se evidenciaram diferenças maiores relativamente à distribuição das respostas por classes etárias ou por concelhos. Uma habitação segura é uma condição essencial para o bem-estar na velhice (OMS, 2002). O facto dos idosos considerarem que a sua habitação era boa parece ser um factor favorável para a saúde mental.

No que se reporta à rede social, a $\bar{X} = 30,3$ com $S = 8,4$, foi indicativa de que os idosos detinham redes sociais relativamente extensas. De acordo com Lubben (1988), pontuações médias abaixo de 20 indicam redes muito limitadas. A rede social surgiu referenciada na revisão teórica enquanto factor associado à saúde mental, ao bem-estar psicológico e ao envelhecimento bem sucedido (Michele, 2007; OMS; 2004b; Pinquart & Sorensen, 2000). A $\bar{X} = 31,3$ com $S = 7,6$ obtida pelos homens foi superior à das mulheres. Evidenciou-se um decréscimo progressivo nas médias paralelo ao acréscimo das idades: 65-74 anos $\bar{X} = 30,8$ com $S = 7,9$; 75-84 anos $\bar{X} = 29,5$ com $S = 8,9$ e idades ≥ 85 anos $\bar{X} = 26,3$ com $S = 10,9$. Estes resultados parecem confirmar que há medida que a idade progride, as redes sociais tendem a ficar mais limitadas devido ao número significativo de perdas de pessoas significativas que os idosos sofrem, nomeadamente, de amigos, familiares, cônjuge, entre outras. Os residentes nos outros concelhos apresentaram uma $\bar{X} = 31,1$ com $S = 7,7$ superior à encontrada para os residentes no Funchal. Poderá pensar-se na existência de condicionantes ligados à vida numa cidade mais populosa, ao tipo de habitação e às próprias famílias, limitativas da extensão das redes no Funchal.

Neste estudo, nos vários itens contemplados para avaliar a percepção de controlo detida pelos idosos, evidenciaram-se percentagens mais elevadas, relativas às respostas positivas, reveladoras de que aqueles percepcionavam controlo sobre as suas vidas, as suas decisões e os próprios actos. Esta preponderância foi confirmada nos dois géneros e nas três classes etárias, ainda que se verificasse um decréscimo na percepção de controlo da classe dos 65-74 anos para a dos 75-84 anos. Não se confirmaram variações maiores nas percentagens obtidas nos diferentes concelhos. Estes resultados permitiram confirmar que uma percentagem elevada de idosos mantinha íntegra a capacidade de decisão e as competências para a acção, que lhes possibilitavam orientar e realizar no dia a dia o que pretendiam. A percepção de controlo é referenciada na literatura (Rodin, 1986) como uma dimensão fundamental para a saúde mental, o bem-estar psicológico e para o envelhecimento bem sucedido. Todavia, o risco associado à sua diminuição na velhice (Fry, 1989) coloca-se devido às perdas mais frequentes que ocorrem no decurso da mesma. Contudo, neste estudo tal não se verificou.

A maioria dos inquiridos mantinha-se ocupada (tabela nº 35., p. 154) a ver televisão. Conversar emergiu como a segunda ocupação mais referida (55,3%). Em ambos os géneros, nas três classes etárias consideradas e nos diferentes concelhos, ver televisão surgiu com preponderância em relação às restantes ocupações. Apesar do visionamento da televisão implicar sedentarismo (o que do ponto de vista da saúde física poderá colocar alguns riscos), o mesmo é uma fonte importante de informação e de orientação dos idosos relativamente ao mundo exterior. A conversa pressupõe interacção com os interlocutores e deve encarar-se como muito importante para a manutenção do relacionamento das pessoas idosas com os outros. A evidência de que a conversa ocupa um vasto número de idosos, poderá relacionar-se com a constatação prévia de que as redes sociais da maioria dos inquiridos eram relativamente extensas. A participação dos idosos em actividades de natureza sócio-cultural é sem dúvida um pilar essencial do processo de envelhecimento activo na velhice (OMS, 2002).

A não ocorrência de acontecimentos de vida significativos nos últimos doze meses foi mais comum na amostra (52,0%), situação que se verificou para 64,3% dos homens. Contrariamente, das mulheres 54,2% referiram que sofreram acontecimentos significativos no mesmo período. Os acontecimentos de vida significativos foram mais frequentes nas pessoas com idades ≥ 85 anos (66,7%). No Funchal a distribuição foi homogénea e nos outros concelhos aqueles foram

menos comuns (46,8%). Os acontecimentos ocorridos afectaram mais negativamente os idosos (84,8%) e prevaleceram os relativos à saúde (45,1%) ou à vida familiar (40,9%), os primeiros mais frequentes nos homens e os segundos nas mulheres. Estas últimas, sofreram mais desgostos (50,2%) que os homens (30,4%). Os mais idosos (≥ 85 anos) sofreram também mais desgostos. Não se evidenciaram diferenças entre concelhos.

Em relação à autonomia física obtiveram-se percentuais superiores em relação às pessoas que se deslocavam sem apoio dentro de casa (89,2%) e na rua (83,9%). Os idosos de ambos os géneros apresentaram percentagens elevadas de autonomia nas duas situações, ainda que, as apresentadas pelos homens fossem um pouco superiores. Com a progressão da idade verificou-se um decréscimo progressivo na percentagem daqueles que referiram possuir capacidade para as deslocações dentro de casa e na rua sem apoio, sendo aquele mais evidente para a rua. Os idosos residentes no Funchal apresentaram um pouco mais de autonomia nas deslocações comparativamente aos dos outros concelhos.

Da amostra 90,0% possuía sempre ou quase sempre capacidade física para satisfazer as necessidades do dia a dia. Dos homens 80,9% e das mulheres 72,2% também a apresentaram. Verificou-se um decréscimo desta capacidade com a progressão da idade, sendo o mesmo mais evidente para aqueles com idades ≥ 85 anos. No Funchal foi mais elevada a percentagem (77,0%) dos que possuíam a capacidade em apreço comparativamente à dos residentes nos outros concelhos (73,7%).

Identificaram-se 95,3% de pessoas (tabela nº. 43., p. 162) independentes nas ABVD. As mulheres eram mais dependentes (83,3%) do que os homens (16,7%). Relativamente às classes etárias a totalidade dos idosos com idades ≥ 85 anos eram independentes. Os dependentes foram mais identificados nos outros concelhos (2,6%) do que no Funchal (0,7%).

No referente às diferentes AIVD (quadro nº. 5., p. 171) foram sempre mais elevadas as percentagens daqueles que eram autónomos.

Face aos resultados obtidos concluímos que os idosos eram, preponderantemente, possuidores das capacidades necessárias para a deslocação dentro e fora de casa com autonomia, da capacidade física para satisfazerem as suas necessidades diárias bem como independentes nas ABVD. As mulheres eram um pouco menos independentes e autónomas que os homens, exceptuando nas AIVD relativas à preparação e ao servir refeições, às actividades domésticas e ao tratamento da roupa. Esta evidência parece confirmar a oportunidade (Botelho,

2000) e as vantagens de se questionarem os idosos de ambos os géneros sobre estas AIVD, pois ao serem identificadas limitações e ou incapacidades, poderão ser providenciados os apoios adequados que reduzam as consequências mais deletérias das mesmas (e. g. má nutrição, falta de higiene, inadequação do vestuário às temperaturas, entre outras). Na generalidade das AIVD, as diferenças mais acentuadas encontradas entre os residentes no Funchal e nos outros concelhos foram no uso do telefone e no fazer compras, em que os idosos do Funchal eram um pouco mais autónomos do que os dos outros concelhos exceptuando na toma de medicamentos e na realização da lida da casa.

Verificou-se também que às idades mais avançadas correspondiam percentagens superiores de dependência nas deslocações dentro e fora de casa, na capacidade física para satisfazer necessidades bem como na autonomia ao nível das AIVD, o que foi muito evidente para os mais idosos (idades ≥ 85 anos). Esta evidência parece confirmar resultados encontrados em outras pesquisas, nomeadamente, a realizada por Botelho (2000).

Quer na deslocação dentro de casa e na rua, quer na capacidade física para satisfazerem as necessidades próprias, quer ainda no referente às ABVD, os residentes em outros concelhos revelaram dependência um pouco mais acentuada.

Podemos concluir que a maioria das pessoas que englobou a amostra era mais autónoma e independente quer ao nível da capacidade física, quer na satisfação das ABVD quer também ao nível das AIVD. Estas características surgem referidas na revisão teórica como favorecedoras de uma saúde mental mais positiva. Limitações, incapacidade e dependência física têm surgido correlacionadas, em vários estudos, com o *distress* psicológico (Paúl et al., 2006) e com o risco aumentado para as perturbações depressivas e ansiedade nos idosos (Braam et al., 2005; Cole & Dendukuri, 2003; Geerlings, Beekman & Dieg van Tilburg, 2000; Lenze et al., 2001; Prince et al., 1997a).

A percepção de saúde foi avaliada tendo por base três parâmetros: saúde presente, saúde comparada com os pares e saúde comparada com a detida no ano prévio. Uma percentagem superior (49,4%) dos idosos considerou a sua saúde razoável. No conjunto das respostas 30,7% dos inquiridos percepcionavam a sua saúde de forma negativa (fraca e má) e 19,9% de forma positiva (boa ou muito boa). Os homens percepcionaram mais a saúde como razoável, boa ou muito boa, comparativamente às mulheres. Novamente estas apresentaram valores um pouco mais negativos na percepção de saúde o que parece confirmar

resultados de anteriores pesquisas que indicam que as mesmas, habitualmente, estão mais vulneráveis à ocorrência de problemas de saúde (OMS, 2002).

Comparativamente aos pares (com idades e géneros semelhantes), 41,2% dos respondentes referiram possuir melhor saúde. Os homens percepcionavam mais (28,7%) esta situação do que as mulheres (26,9%). Curiosamente, com o avanço da idade, os inquiridos que percepcionavam melhor saúde apresentaram percentagens progressivamente superiores: 65-74 anos 39,6%; 75-84 anos 43,5% e com idades \geq 85 anos 50,0%. O inverso verificou-se para os que referiram pior saúde: 65-74 anos 20,3%; 75-84 anos 13,9% e com idades \geq 85 8,3%. No Funchal os idosos residentes comparativamente aos dos outros concelhos, consideraram com percentagens superiores que possuíam melhor saúde do que os seus pares. Não deixa de ser curioso o facto dos idosos, com a progressão da idade terem considerado mais, que possuíam melhor saúde do que os pares.

Daqueles, 55,0% consideraram que tinham saúde idêntica à detida no ano anterior e 34,2% que era pior. Foram as mulheres que mais referiram que a saúde era pior (37,4%). Nas classes etárias dos 65-74 anos com 32,9% e na dos 75-84 anos com 33,3%, os respondentes referiram pior saúde. Na daqueles com idades \geq 85 anos, 66,7% também consideraram ter pior saúde. Parece evidente que em idades muito avançadas (85 e mais anos - 4ª idade segundo Baltes & Baltes, 1993b) existe uma maior probabilidade de declínio ao nível da saúde. Botelho (2000) no estudo realizado a idosos da cidade de Lisboa, encontrou um maior número dos mesmos que, na autoavaliação de saúde e quando comparavam a saúde que detinham com os demais idosos, pontuaram bem. Considerou que o facto de serem pessoas com idades mais avançadas poderia, em parte, ser explicado por terem hábitos de vida e de saúde que lhes tinha possibilitado viverem até mais tarde. Por outro lado, por serem pessoas residentes na comunidade, sem doenças agudas ou graves poderia, na opinião da investigadora, ajudar a compreender o facto de, preponderantemente, terem considerado a saúde razoável ou boa. Neste estudo, verificou-se também que uma percentagem superior de idosos considerou a saúde razoável ou boa. Os mais idosos consideraram que a sua saúde era melhor que a dos pares. Estes resultados corroboram os encontrados por Botelho (2000), sendo que a amostra foi igualmente constituída por idosos residentes na comunidade. Foi no Funchal que uma percentagem superior de pessoas idosas considerou que a sua saúde tinha piorado no último ano.

As queixas ou doenças mais assinaladas foram as relacionadas com o sistema músculo-esquelético (55,6%), seguidas pelas do aparelho circulatório (43,9%). Uma prevalência superior de queixas do sistema músculo-esquelético e do aparelho circulatório foram também encontradas por Botelho (2000), no estudo realizado a 163 idosos residentes na comunidade em Lisboa. As mulheres assinalaram percentagens superiores de queixas (64,8% e 46,3%) do sistema músculo-esquelético e do aparelho circulatório em comparação aos homens (37,4% e 39,1%). Relativamente ao número de queixas/doenças assinaladas, os dois géneros, apresentaram uma Me = 2. A classe etária com maior percentagem de queixas/doenças do sistema músculo-esquelético e do aparelho circulatório foi a dos 75-84 anos com percentagens de 56,7% e de 45,4%, respectivamente. Curiosamente foi na classe de idades ≥ 85 anos que se identificou uma percentagem inferior de queixas/doenças. Inclusivamente, nesta mesma classe, alguns órgãos, aparelhos ou sistemas, não foram sinalizados com qualquer queixa ou doença. Com a progressão da idade verificou-se também uma diminuição do número de queixas referidas: 65-74 anos 8 queixas; 75-84 anos 6 queixas; idades ≥ 85 anos 3 queixas. Para a primeira e segunda classes a Me = 2 e para a terceira a Me = 1. Estes resultados poderão sugerir que os idosos com idades mais avançadas subvalorizaram algumas queixas ou doenças, eventualmente, pelo facto de existirem há mais tempo? Ou contrariamente, as queixas ou doenças serão menos comuns nos que tiveram a capacidade de viver durante mais anos?

O número máximo de queixas foi apresentado no Funchal. A Me = 2 foi idêntica para os vários concelhos.

Dos participantes no estudo 92,4% recebiam apoios dos serviços de saúde (tabela nº 57.), 71,2% dos quais eram facultados pelos centros de saúde. Dos que recebiam apoio 67,4% eram do género feminino e 32,6% do masculino. Uma vez mais, eram as mulheres que auferiam de mais apoios. Tradicionalmente, na cultura prevalecente na RAM, admite-se e aceita-se com maior frequência às mulheres, manifestações de mal-estar ou queixas relacionadas com doenças bem como a procura de apoios e suportes. Aos homens, não se admite tão facilmente essas manifestações, sendo as mesmas, consideradas indicativas de fragilidade, a qual é menos tolerada no género masculino. Poderemos também ponderar acerca da possibilidade dos homens serem, efectivamente, mais saudáveis ou de terem estratégias distintas para lidar com eventuais dificuldades na saúde. Serão os

mesmos mais resilientes face às adversidades que podem ocorrer no decurso do desenvolvimento na velhice (Brandtstädter, 1999; Goldberg & Huxley, 1996)?

As pessoas que menos referiram acompanhamento dos serviços/prestadores de cuidados de saúde tinham 85 e mais anos (83,3%). As que mais referiram auferi-lo pertenciam à classe dos 75-84 anos (96,3%). Os residentes no Funchal (93,4%) eram mais acompanhados do que os dos outros concelhos (91,6%).

Dos idosos 89,8% estavam medicados. Das mulheres 93,0% estavam nessa situação verificando-se o mesmo com 83,5% dos homens. A percentagem mais elevada de idosos medicados (96,3%) foi encontrada na classe daqueles com 75 a 84 anos. Os idosos com idades superiores (85 e mais anos) eram os menos medicados (83,3%). Por terem sobrevivido até idades mais avançadas seriam mais saudáveis e estariam mais protegidos? Ou será esta uma evidência que poderemos interpretar no âmbito do paradoxo da incapacidade (Albrecht & Delivglier, 1999)? Relembre-se que foram os que assinalaram menos queixas de saúde ou doenças. No Funchal, 91,4% dos idosos estavam medicadas e 88,4% dos que residiam noutros concelhos também.

Os apoios de saúde emergem com grande significado sendo expressiva a percentagem de pessoas que procura e auferem apoio dos centros de saúde.

Beneficiavam de apoios sociais apenas 7,9% dos inquiridos, sendo a ajuda domiciliária o apoio mais comum (51,9%). Eram as mulheres que mais auferiam apoio social. Com o aumento da idade verificou-se um acréscimo nas percentagens de participantes que recebiam apoio social, mantendo-se a ajuda domiciliária como principal apoio. Os residentes nos outros concelhos eram mais acompanhados (9,5%) pelo serviço social comparativamente aos residentes do Funchal (5,9%).

Prevalências relativas à saúde mental e respectivas dimensões positivas e negativas:

Na determinação das prevalências das diferentes situações relativas à saúde mental, destacou-se com 67,0% o nível de saúde mental mais positivo (quadro nº 8., p. 195), percentagem que evidencia que as pessoas idosas detinham maioritariamente uma situação favorável de saúde mental.

No referente ao bem-estar psicológico, dos três níveis definidos, o médio foi o mais prevalente, havendo 43,6% dos idosos que o apresentavam. Nas duas dimensões contempladas no bem-estar psicológico, o afecto positivo e os laços

emocionais, os resultados mais satisfatórios (níveis médio e mais elevado) foram prevalentes (quadro nº 8., p. 195). Verificou-se coerência entre os diferentes resultados obtidos, o que indica que um número superior de pessoas idosas se encontrava numa situação favorável em relação à saúde mental.

Estes achados corroboram a opinião de autores (Baltes & Baltes, 1993a; Baltes & Baltes, 1993b; Fonseca, 2005b; Fonseca, 2005c; Mental Health Foundation, 2006; OMS, 2002; Paúl & Fonseca, 2005) que afirmam que a velhice é uma etapa do ciclo de vida em que os idosos continuam a manter, durante um período alargado de tempo, as suas competências e capacidades adaptativas, as quais possibilitam que continuem a desenvolver-se, a sentir-se úteis, com valor próprio, preservem a sua identidade, participem activamente na comunidade em que se inserem e mantenham um sentido para a vida (envelhecimento activo ou bem sucedido). A evidência de que, maioritariamente, possuíam um nível superior de saúde mental, comprova que a velhice não é, necessariamente, sinónimo de doença e que um grande número de pessoas idosas preserva durante muitos anos a sua integridade pessoal e social.

Nas dimensões mais negativas contempladas na avaliação à saúde mental, o nível mais elevado de *distress* psicológico surgiu com uma prevalência de 3,2%, menor que a prevalência de 20% encontrada por Paúl et al. (2006), num estudo efectuado à população idosa inglesa. No entanto considerados os 18,4% de inquiridos que apresentaram no presente estudo um nível médio de *distress* psicológico, os valores aproximam-se. Refira-se, contudo, que nos dois estudos, os instrumentos utilizados foram diferentes. Em relação à perda de controlo emocional/ comportamental, com menor controlo, identificaram-se 4,4% dos idosos; indiciando estarem mais deprimidos detectaram-se 0,3%, prevalência aproximada à encontrada para a população Japonesa (0,4% para a depressão *major*), referida por Beekman et al. (1999), após revisão sistemática efectuada a diferentes estudos, que determinaram prevalências de depressão nas pessoas idosas com 65 e mais anos. Dos idosos inquiridos na RAM, 8,8% apresentavam um nível médio de depressão, indicativo, pelo menos, de alguns sintomas característicos, que sugeriram a pertinência de serem efectuados, posteriormente, aos idosos rastreados, diagnósticos clínicos mais precisos. A prevalência (somatório do nível médio com o elevado) encontrada na amostra foi menor do que as referidas nos estudos de Paúl (1993) e Costa (2005) à população idosa portuguesa. No estudo da população da RAM, a amostra não incluiu, no entanto, os residentes em instituições e a metodologia e instrumento

utilizados na avaliação da depressão foram diversos dos usados pelas autoras citadas. Botelho (2000), refere também no estudo realizado a 163 idosos residentes na comunidade, na cidade de Lisboa, que 68% dos mesmos não estavam deprimidos. Quer na metodologia quer em relação ao instrumento utilizado na avaliação da depressão os dois estudos divergiram. Na revisão teórica efectuada, evidenciaram-se variações nas prevalências de depressão nas diferentes populações dos vários países, as quais podem explicar-se, entre outras razões, pelas diferenças metodológicas existentes entre os estudos. Contudo, sublinhe-se a prevalência total de depressão de 12,3%, encontrada no conjunto de países europeus participantes no *Eurodep* (Copeland et al., 1999), a qual é mais próxima dos 9,2% de prevalência para a depressão (níveis médio somado ao nível elevado), encontrada nos idosos da RAM que participaram neste estudo. Uma vez mais a metodologia e instrumento empregues nas avaliações respectivas foram diferentes.

A identificação de três níveis diferentes de ansiedade foi também realizada, verificando-se que 6,4% dos idosos apresentavam um nível mais elevado e 21,1% um nível médio. A ansiedade surgiu na revisão teórica como uma situação relativamente comum nas pessoas idosas concomitante com os síndromes ou perturbações depressivas (Lenze et al. 2000; Lenze et al. 2001, Michele, 2007).

Por último, saliente-se que as prevalências relativas às situações mais negativas da SM foram complementares face aos resultados encontrados para as mais positivas.

Factores de protecção e de risco associados à melhor ou pior saúde mental:

Neste estudo procurou-se também determinar da influência positiva ou negativa, de diferentes factores pessoais e do meio ambiente, na melhor ou pior saúde mental. Para atingir o objectivo definido recorreu-se à construção de diferentes modelos regressão logística (dois para cada variável endógena) através dos quais foram determinadas quais as variáveis exógenas (pessoais e do meio ambiente) que contribuíam de forma significativa, para explicar as variações verificadas ao nível da saúde mental. Do ponto de vista metodológico, numa primeira etapa, efectuou-se a selecção das possíveis variáveis explicativas introduzindo-as no modelo sem ajustamento, e, na etapa subsequente, as variáveis seleccionadas (com valores de prova significativos) foram introduzidas nos modelos de regressão logística definidos, contemplando o ajustamento entre

as mesmas. Determinaram-se com estes procedimentos os diferentes factores que contribuam, positiva ou negativamente, para a melhor ou pior saúde mental das pessoas idosas da RAM, que integraram o estudo.

A saúde mental foi avaliada tendo por base a estrutura proposta por Ware & Veit (1983), previamente referida, procurando-se determinar da associação ou não, dos diferentes factores contemplados no estudo àquela, e, às dimensões na mesma incorporadas.

A percepção de saúde mais negativa, emergiu como um factor influente significativo para a saúde mental, aumentando a probabilidade desta ser pior nos idosos que a apresentaram. Note-se que a percepção manifestada resultou da comparação que os idosos efectuaram com a saúde que detinham no ano anterior, o que indiciou a possibilidade de se terem verificado alterações menos favoráveis relativas à saúde dos mesmos, no último ano (dos 48% dos idosos que referiram acontecimentos de vida significativos no ano prévio, 84,8% referiram que os mesmos os afectaram negativamente e os relativos à saúde com 45,5% foram prevalentes).

Outro factor que surgiu associado significativamente à saúde mental e respectivas dimensões, quer as mais positivas como o afecto positivo e os laços emocionais quer as mais negativas como o *distress* psicológico, a perda de controlo emocional/comportamental e a ansiedade foi o género, nomeadamente, o feminino. O género feminino surgiu referenciado na revisão teórica efectuada, como estando associado a saúde mental mais negativa (pior). Cole & Dendukuri (2003) após a realização de uma meta-análise a vinte estudos relativos a factores de risco para a depressão em pessoas idosas residentes na comunidade, verificaram que o género feminino era um dos factores significativos associados à mesma. Todavia, nos modelos de regressão logística testados com a depressão considerada como variável endógena, o género não apareceu associado significativamente à mesma, apesar de ter surgido com associação negativa e significativa ao *distress* psicológico, à perda de controlo emocional/comportamental e à ansiedade.

Nos 2^{os} modelos de regressão logística testados para as diversas variáveis endógenas, este factor apresentou-se também como significativo, aumentando a probabilidade de pior saúde mental.

A rede social emergiu igualmente, como factor influente na saúde mental das pessoas idosas. Neste estudo, a maioria das pessoas idosas apresentou

saúde mental mais positiva, verificando-se que, foi também superior, a percentagem daquelas que possuíam redes sociais menos limitadas.

Nos 2^{os} modelos testados a rede social limitada surgiu, igualmente, aumentado a probabilidade dos idosos terem pior saúde mental, menor afecto positivo e laços emocionais menos satisfatórios bem como um nível de ansiedade superior.

A percepção das pessoas idosas de que a sua saúde era idêntica ou pior do que a dos pares, aumentava a probabilidade de apresentarem pior saúde mental, menor bem-estar psicológico e afecto positivo menos elevado. Verificou-se ainda uma maior probabilidade de estarem mais deprimidas e com nível superior de ansiedade. No entanto, neste estudo 41,2% dos idosos considerou que a sua saúde era melhor que a dos seus pares.

As limitações ao nível da capacidade física que interferiam com a satisfação de necessidades diárias dos idosos surgiram como significativas, e, frequentemente, apareceram mencionadas na revisão teórica, como factores associados a menor SM, às perturbações depressivas e à ansiedade. Os resultados desta pesquisa corroboram esses achados.

A ocorrência de acontecimentos de vida no ano prévio, nomeadamente, de desgostos, influenciavam negativa e significativamente, o *distress* psicológico, a perda de controlo emocional/comportamental e a ansiedade, aumentando-os. Alguns autores (Lazarus, 1998; Lazarus e DeLongis, 1983; Mental Health Foundation, 2006; Michele, 2007; Russel & Cutrona, 1991) têm procurado estudar a influência dos acontecimentos de vida nas perturbações da saúde mental e na depressão. Os acontecimentos de vida podem funcionar como stressores, e, dependendo da sua natureza mais positiva ou negativa bem como da sua duração, exigem que a pessoa mobilize as suas capacidades para lidar com os mesmos de forma adaptativa.

Para além destes factores, nos 1^{os} modelos de regressão logística, apenas a percepção negativa dos idosos relativa à saúde presente e a presença de 4 a 5 queixas de saúde ou doenças, apareceram como factores significativos com influência negativa na SM e no afecto positivo para o primeiro factor, e, exclusivamente, para o afecto positivo, para o segundo factor.

Uma influência favorável e positiva verificou-se nos idosos que possuíam 1 a 11 anos de escolaridade. Reconhece-se esta classificação da escolaridade como pouco discriminativa. Contudo, ao ser considerado este nível de escolaridade, no qual se inseriram os idosos que nem mesmo detinham a escolaridade básica (4

anos de escolaridade quando eram crianças) a comparação é realizada com aqueles que se identificaram como analfabetos. Sabe-se que um nível de escolaridade mais elevado é considerado (OMS, 2002) um factor protector para a saúde, saúde mental e para o envelhecimento activo e bem sucedido. Neste estudo a maioria das pessoas possuíam um nível de escolaridade bastante elementar. De acordo com os resultados da classificação social de *Graffar*, 59,6% eram analfabetos ou possuíam a instrução primária incompleta e 28,7% a primária completa ou o ciclo preparatório. As mulheres (65,2%) eram mais analfabetas do que os homens (48,7%).

As pessoas idosas reformadas apresentaram uma oportunidade superior de estarem menos deprimidas do que as trabalhadoras.

O conjunto de factores que foram confirmados através dos modelos de regressão logística como estando associados significativamente à saúde mental e respectivas dimensões, foram também os mais referenciados na revisão teórica realizada. As percepções mais negativas relacionadas com a saúde absoluta (presente) e relativa (comparada com os pares e no tempo) conferiam uma maior probabilidade da saúde mental ser menos favorável e mais negativa. As limitações, os problemas e as dificuldades ao nível da saúde física, nomeadamente, a presença de queixas ou doenças com comprometimento físico, têm sido largamente estudados na sua relação com o *distress* psicológico, a depressão e a ansiedade, constatando-se a sua associação significativa aos mesmos. As limitações e a incapacidade física para a satisfação de necessidades diárias também foram comprovadas como significativas na melhor ou pior SM. Esta comprovação é coerente com a revisão teórica efectuada.

Para além da saúde, a rede social bem como o suporte social têm sido factores estudados, verificando-se a sua significância na melhor ou pior saúde mental. Redes sociais muito limitadas são menos favorecedoras da saúde mental positiva, e, redes sociais que facultam apoio e suporte social são um factor de protecção, em situações de maior vulnerabilidade e risco. Os acontecimentos de vida negativos, nomeadamente desgostos, podem também influenciar negativamente a pessoa idosa.

Torna-se interessante referir o modelo proposto no *Gospel Oak Project* (Mann & Graam, 1985; Prince et al., 1997a; Prince et al.; 1997b) no qual a condição de saúde e a incapacidade são consideradas como influentes no bem-estar e na depressão. Neste modelo, a participação dos idosos na sociedade, o facto de disporem de maior suporte social e de contactarem com os amigos são

também factores considerados influentes no bem-estar psicológico e na depressão.

Comprovou-se que o género feminino era um factor significativo na saúde mental e respectivas dimensões, o que não foi surpreendente face às evidências de anteriores pesquisas nas quais o mesmo surgiu associado a maior susceptibilidade para menor bem-estar psicológico e maior risco de depressão (Prince et al. 1998; Prince et al., 1999).

Interessante foi a verificação de que um nível de escolaridade mais elevado se associava a uma oportunidade superior dos idosos terem saúde mental mais positiva e menor *distress* psicológico, depressão e ansiedade.

Ser reformado comparativamente à situação de ser trabalhador revelou-se um factor mais favorável ao aumento da oportunidade dos idosos terem saúde mental mais positiva. As mudanças constantes exigidas nos dias de hoje aos trabalhadores poderão, eventualmente, considerar-se um factor de stresse acrescido para as pessoas que trabalham, em particular, se são mais idosas. A necessidade de adaptação permanente que se associa às novas exigências de certos postos de trabalho, não sendo inviável de ser conseguida pelos mais idosos, pode no entanto, impor-lhes gastos suplementares de energia, numa fase em que a reserva da mesma, já não parece ser tão elevada. O stresse acrescido e persistente, de acordo com certos autores (Coleman, 1990; Lazarus & DeLongis, 1983; Moos et al. 2005; Russel & Cutrona, 1991) pode condicionar negativamente a saúde mental e o bem-estar psicológico, constituindo também um risco para o surgimento de *distress* psicológico, depressão e ansiedade na velhice. Por outro lado é admissível que o tipo de trabalho desenvolvido pelas pessoas inquiridas, fôsse pouco estimulante do ponto de vista cognitivo e muito exigente fisicamente, pelo que a reforma, poderá ter proporcionado o descanso, que os mesmos aguardavam com expectativas positivas.

No que se reporta aos 2^{os} modelos de regressão logística, verificou-se que a percepção acerca do rendimento auferido mensalmente era um factor significativo, aumentando quando considerado fraco, a probabilidade de pior saúde mental. De acordo com Pinguart & Sorensen, 2000, as dificuldades económicas podem ser um factor stressante que contribui para a redução do bem-estar subjectivo.

Auferir apoio dos serviços sociais estava associado a saúde mental mais negativa. Se relacionarmos esta constatação com o facto de que a principal forma de apoio era a ajuda domiciliária, poderemos pensar que as pessoas nesta

circunstância estariam mais limitadas ou incapacitadas para satisfazerem sem ajuda as suas necessidades básicas ou instrumentais e/ou para realizarem as tarefas domésticas. Não era expectável face à revisão teórica efectuada, que o apoio social surgisse como factor com associação à saúde mental mais negativa. Pode questionar-se o tipo ou a qualidade dos apoios disponibilizados, eram os mais adequados face às necessidades e ou às expectativas das pessoas que os auferiam. Por outro lado, seria interessante conhecer a percepção dos próprios idosos relativamente aos apoios que lhes eram dispensados pelos serviços sociais, bem como a participação dos mesmos, nas decisões envolvidas nos apoios facultados.

Importa realçar que o 1º modelo de regressão logística com a saúde mental como variável endógena foi aquele que apresentou uma variância explicada superior (44,2%), o que é compreensível, atendendo a que as outras variáveis endógenas contempladas nos diferentes modelos eram dimensões positivas ou negativas incorporadas naquela.

Limitações do estudo:

Nesta etapa final do trabalho importa referir que algumas opções podem ter introduzido certas limitações ao estudo, que de imediato se referem.

Os critérios de inclusão adoptados podem ter limitado a representatividade da amostra. Não foram incluídos os idosos institucionalizados aquando dos contactos; aqueles identificados com defeito cognitivo (19,9%) não integraram a amostra, o que também pode ter influenciado os resultados mais positivos encontrados para a saúde mental. A não inclusão das pessoas idosas por impossibilidades relacionadas com a comunicação foi decidida pelas enfermeiras entrevistadoras. Pelo facto de serem variadas enfermeiras a realizarem o trabalho de campo, pode admitir-se a possibilidade de ter havido alguma subjectividade na decisão tomada. No que se reporta à não participação dos idosos decorrente da debilidade física manifesta, a mesma, pode ter condicionado em parte, os resultados obtidos relativamente à autonomia instrumental (AIVD), à independência física e ao nível das actividades básicas da vida diária.

Globalmente, as perdas na amostra inicialmente seleccionada foram relevantes, apesar de terem sido considerados alguns procedimentos importantes para minimizá-las, referidos no capítulo referente à metodologia. A população idosa tem, efectivamente, algumas idiossincrasias e singularidades, que foram respeitadas (nomeadamente no referente ao consentimento informado e à

decisão de participação ou não), procurando-se preservar o rigor metodológico do trabalho efectuado.

A opção de estudar algumas variáveis independentes na sua relação com a saúde mental fez-se com a consciência de que outras não seriam objecto de estudo, podendo todavia, ter interesse incluí-las. A delimitação de um conjunto de variáveis foi, no entanto, fundamental para a exequibilidade desta pesquisa, condicionada por limites temporais e humanos. Contudo, sugere-se que num futuro próximo, sejam efectuadas outras pesquisas que incorporem variáveis distintas não contempladas nesta investigação, como por exemplo a qualidade dos relacionamentos familiares e sociais, a participação na vida social, a percepção das pessoas idosas sobre a reforma, controlo real sobre a sua vida, mecanismos de coping usados para lidar com o stresse e a adversidade, auto-estima, estilos de vida, percepção das pessoas idosas sobre os apoios sociais auferidos e a qualidade dos mesmos.

A inexistência na RAM de estudos prévios de natureza idêntica, impossibilitaram a utilização de resultados dos mesmos, na configuração deste estudo bem como na comparação de resultados, de modo a serem extraídas outras conclusões.

Sublinhe-se que apesar destas limitações as conclusões do estudo agora apresentado são muito importantes para o aprofundamento do conhecimento científico, numa área específica e relativamente a um grupo populacional da RAM, que previamente não tinham sido estudados. São também importantes para uma planificação adequada dos serviços e respostas a serem disponibilizadas, nomeadamente, no referente à promoção da saúde mental e à prevenção das perturbações respectivas bem como para detecção precoce das mesmas e tratamento quando justificado.

5. CONCLUSÕES

Considerando os objectivos delineados e a metodologia adoptada na pesquisa agora terminada, sublinhamos como principais conclusões:

Na selecção da amostra foi identificada uma percentagem importante de pessoas idosas com defeito cognitivo 19,2 %.

O protocolo de investigação e os respectivos instrumentos para colheita de dados e avaliação pretendida

- foram adequados para caracterizar do ponto de vista da saúde mental a população idosa da RAM;
- permitiram a obtenção dos dados necessários para a determinação das prevalências referentes à saúde mental e respectivas dimensões positivas (bem-estar psicológico, afecto positivo, laços emocionais satisfatórios) bem como negativas (*distress* psicológico, depressão, perda de controlo emocional/comportamental e ansiedade);
- possibilitaram a determinação da probabilidade de influência positiva (factores de protecção) ou negativa (factores de risco), dos diferentes factores pessoais ou do meio ambiente, na pior ou melhor saúde mental.

As opções metodológicas efectuadas revelaram-se de grande importância para serem atingidos os objectivos delineados para a pesquisa. Foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, numa progressão das mais simples para as mais complexas:

- análise descritiva para caracterizar a população idosa do ponto de vista da saúde mental;
- análise de *clusters* para determinar as prevalências relativas à saúde mental e das respectivas dimensões positivas e negativas;
- análise inferencial através dos modelos de regressão logística para determinar a probabilidade de influência positiva (de protecção) ou negativa (de risco), dos factores pessoais e do meio ambiente, na pior ou melhor saúde mental.

Relativamente aos resultados, as pessoas idosas da amostra foram caracterizadas tendo por base um conjunto de variáveis sócio-demográficas, sócio-económicas, referentes à rede social, à percepção de controlo, à ocupação, aos acontecimentos de vida significativos, à autonomia física e instrumental bem como à percepção relacionada com a saúde e aos apoios auferidos dos serviços de saúde e sociais.

Identificaram-se diferenças ao nível da caracterização dos idosos, nomeadamente, relativas ao género, às classes etárias e aos concelhos.

Caracterizou-se a situação dos mesmos relativamente à saúde mental e respectivas dimensões (positivas e negativas) e determinaram-se as prevalências das situações definidas: saúde mental mais positiva 67,0%; bem-estar psicológico mais elevado 24,3% e médio 43,6%; afecto positivo mais elevado 48,5%; laços emocionais mais satisfatórios 43,6%, *distress* psicológico mais elevado 3,2%, depressão mais acentuada 0,3%, perda de controlo emocional/comportamental superior 4,4% e ansiedade mais elevada 6,4%.

A avaliação da saúde mental permitiu concluir que as pessoas idosas possuíam situações mais positivas e favoráveis quer do ponto de vista da saúde mental quer nas restantes dimensões avaliadas.

Através de análise com modelos de regressão logística ajustados, determinaram-se os factores significativos positivos (de protecção) e os negativos (de risco) que aumentavam a probabilidade de melhor (mais positiva) ou pior (mais negativa) saúde mental. Relativamente aos primeiros ser possuidor de 1 a 11 anos de escolaridade comparativamente a ser analfabeto aumentava em 250,0% a oportunidade dos idosos terem melhor saúde mental, e, contrariamente, ter a percepção de que a saúde era idêntica ou pior em comparação à dos outros idosos reduzia em 50,0% a probabilidade dos mesmos terem saúde mental mais positiva. Possuir também a percepção de que a saúde presente era razoável ou pior bem como não saber ou perceber a saúde como pior do que a detida um ano antes, ter limitações físicas para satisfazer as necessidades próprias, possuir uma rede social muito limitada e ser do género feminino reduziam em 30,0% a oportunidade dos idosos terem saúde mental mais positiva.

Factores como a idade e o concelho de residência não foram comprovados como influentes, na maior ou menor probabilidade da saúde mental e respectivas dimensões, serem mais ou menos positivas. Dos três factores (variáveis exógenas) utilizadas na estratificação da amostra apenas o género foi identificado com associação significativa à pior ou melhor saúde mental. O género feminino foi referido na revisão teórica com associação a maior vulnerabilidade para as perturbações da saúde mental e a risco acrescido para as perturbações depressivas (Cole & Dendukuri, 2001; Prince et al., 1998; Prince et al. 1999; Prince et al, 1999a).

Sugestões:

Tratando-se este estudo do primeiro realizado na RAM sobre a saúde mental das pessoas idosas, considera-se a pertinência e a oportunidade de se efectuarem as seguintes sugestões:

- reveste-se de todo o interesse a replicação deste estudo noutras ocasiões, a fim de ser acompanhada a evolução da saúde mental da população idosa da RAM;
- os resultados do mesmo deverão ser divulgados, nomeadamente, à comunidade científica e técnica, a fim de serem discutidas e analisadas estratégias para a intervenção dirigida ao grupo populacional focalizado;
- os resultados deverão ser, igualmente, divulgados aos decisores políticos e aos gestores dos serviços de saúde, sociais, educativos e com acção comunitária directa sobre a vida das pessoas idosas, a fim de serem extraídas ilações, favoráveis à adopção de políticas e programas promotores da saúde mental e da prevenção das desordens mentais nas pessoas idosas, que contemplem o aumento da escolaridade e medidas/acções que reduzam a maior susceptibilidade de saúde mental negativa associada ao género feminino, promovam o reforço das redes sociais das pessoas idosas, a autonomia física necessária à satisfação das necessidades próprias bem como as auto-percepções mais positivas relacionadas com a saúde, conferindo-lhes também oportunidades de participação na vida social e os apoios económicos e as condições habitacionais que o possibilitem;
- o protocolo e os instrumentos utilizados neste estudo poderão ser usados para rastreio das situações relacionadas com a saúde mental das pessoas idosas da RAM, pois revelaram-se adequados e tiveram aceitabilidade por parte dos entrevistadores e dos respondentes;
- do ponto de vista da promoção da saúde mental e prevenção das perturbações relativas à mesma, a oportunidade decorrente de um grande número de pessoas idosas procurarem apoio dos serviços de saúde, nomeadamente, dos centros de saúde, deverá ser aproveitada e rentabilizada. Aos profissionais deverá ser facultada formação específica para a intervenção promotora da saúde mental bem como para a prevenção, de modo a que os mesmos, aprofundem e aperfeiçoem as

competências científicas, técnicas e humanas, que assegurem boas práticas com a população idosa;

➤ sabendo-se também que a nível nacional e internacional a saúde mental das pessoas idosas, constitui no presente, uma prioridade para a intervenção com interesse estratégico do ponto de vista político, comunitário e da saúde (nomeadamente pelos elevados custos decorrentes do aumento das prevalências de perturbações mentais limitativas e incapacitantes se não forem atempadamente, identificadas e tratadas), será importante a replicação deste trabalho em Portugal e noutros países, validando-o do ponto de vista metodológico e de conteúdo, de modo a serem extraídas as devidas ilações;

➤ será recomendável uma avaliação mais aprofundada da saúde mental das pessoas idosas identificadas com defeito cognitivo (com alguma frequência coexistem situações de co-morbilidade), e deverão providenciar-se os apoios e o tratamento adequados às perturbações identificadas;

➤ sublinhe-se a oportunidade de serem realizados outros estudos à saúde mental da população idosa da RAM, que contemplem outras variáveis não englobadas nesta pesquisa, como por exemplo a qualidade dos relacionamentos familiares e sociais, a participação na vida social, a percepção das pessoas idosas sobre a reforma, controlo real sobre a sua vida, mecanismos de *coping* usados para lidar com o stresse e a adversidade, auto-estima, estilos de vida, percepção das pessoas idosas sobre os apoios sociais auferidos e qualidade dos mesmos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aday, L. A. (1996). *Designing and conducting health surveys. A comprehensive guide* (2^a ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Adler, P. A.; Roberts, B. L. (2006). The use of Tai-Chi to improve health in older adults. *Orthopedic nursing*, 25 (2), 122-126.

Albrecht, G. & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.

Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 4 (365), 1961-1970.

Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7 (3), 212-216.

American Psychiatric Association (1994). *DSM IV - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Antonucci, T. C. (2001). Social relations an examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren & K. W. Schaie, *Handbook of psychology of aging* (5^a ed.) (pp.427-445). London, Academy Press.

Arca, B. R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 269-280). Lisboa, Instituto Piaget.

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.

Baltes P. B., & Baltes M. M. (1993a). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Canada: Cambridge University Press.

Baltes P. B., & Baltes M. M. (1993b). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M.

M. Baltes, *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp.1-34). Canada, Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, M., & Lang, F. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging, 12*, 433-443.

Baltes, M., & Mayer, K. (Eds.) (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Freund, A. M. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13* (49), 531-543.

Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. (Dissertação apresentada ao grau de Doutor). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia, VI* (2), 159-170.

Beekman, A. T., deBeurs, E., van Balkam, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dick, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry, 157*, 89-95.

Beekman, A. T., Copeland J. R., & Prince M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry, 174*, 307-311.

Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., de Beurs, E.; Geerlings, S. W., van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105* (1), 20-27.

Berg, C. A., & Sansone, C. (1993). Adapting to the environment across the life span: different process or different inputs?. In M. E. Lachman, *Planning and control processes across the life span* (pp.215-241). Salisbury, Lawrence Erlbaum Associates.

Blazer, D. (1999). Eurodep Consortium and late-life depression. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.

Bond, J., & Coleman, P. (1990). *Adjustment in later life. Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology*. London: Sage Publications.

Botelho, M. A. S. (2005). A funcionalidade nos idosos. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 113-135). Lisboa, Climepsi Editores.

Botelho, M. A. S. (2000)., *Autonomia funcional em idosos*. Porto: BIAL.

Braam, A. W., Delespaul, P., Beekman, A. T. F., Deeg D. J. H., Pérès, K., Dewey, M. et al. (2004). National context of healthcare, economy and religion, and the association between disability and depressive symptoms in older Europeans: results from Eurodep concerted action. *European Journal Ageing*, 1, 26-36.

Braam, A. W., Prince, M. J., Beekman, A. T. F., Delespaul, P., Dewey, M. E., Geerlings, S. W. et al. (2005). Physical health and depressive symptoms in older Europeans: results from Eurodep. *British Journal of Psychiatry*, 187 (1), 35-42.

Brandtstädter, J. (1999). Sources of resilience in the aging self. Toward integrating perspectives. In M. H. Thomas & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 123-141). London, Academic Press.

Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecologia do desarrollo humano*. Barcelona: Edições Paidós Ibérica.

Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Maier, G. W. (1999). The pursuit of personal goals: a motivational approach to well-being and life adjustment. In J. Brandtstädter & R. Lerner (Eds.), *Action & self development: Theory and research through the life span* (pp. 169-195). London, Sage Publication, Inc.

Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (1999). *Assessment scales in old age psychiatry*. London: Martin Dunitz Ltd.

Burns, A., Lawlor, B., Craig, S. (2002). Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, 161-167.

Cantera, I. R. (2000). Escalas de valoración en contextos geriátricos. In R. Fernández-Ballesteros (dir.), *Gerontologia social* (pp.383-399). Madrid, Pirâmide.

Casara, M. B. (2007). Entre a velhice e a aposentadoria: relações pertinentes. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 253-268). Lisboa, Instituto Piaget.

Cavanaugh, J. (1997). *Adult development and aging* (3^a ed.). Pacific Grove, Brooks/Cole.

Chiu H. C., Chen C. M., Huang C.E., & Mau L. W. (2005). Depressive symptoms, chronic medical conditions and functional status: a comparasion of urban rural elders in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 635-644.

Chou, H. L. & Chi, I. (2001a). Financial strain and depressive symptoms in Hong Kong elderly chinese: the moderating and mediating effect of sense of control. *Aging and Mental Health*, 6, 172-177.

Chou, H. L. & Chi, I. (2001b). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 155-171.

Chou, K. L. (2005). Everyday competence and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *Aging & Mental Health*, 9 (2), 177-183.

Chou, K. L. & Chi, I. (2004). Combined effect of vision and hearing impairment on depression in elderly chinese. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (9), 825-832.

Cid, L. M. & Dapía, M. (2007). Lazer e tempos livres para as gerações idosas. Perspectivas de animação sócio-cultural e aproximação à realidade Galega. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 253-268). Lisboa, Instituto Piaget.

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.

Coleman, P. (1990). Adjustment in later life. In J. Bond & P. Coleman, (Eds.), *Ageing in society. An introduction to social gerontology* (pp.89-122). London. Sage Publications.

Copeland, J. R. (1999). Depression of older age. Origins of the study. *British Journal of Psychiatry*, 174, 304-306.

Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., Dewey, M. E., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor, B. A. et al. (1999a). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.

Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., Dewey, M. E., Jordan, A., Lawlor, B. A., Linden, M. et al. (1999b). Cross cultural comparison of depressive symptoms in European not support stereotypes of ageing. *British Journal of Psychiatry*, 174, 122-129.

Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.156-302). Lisboa, Climepsi Editores.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Educa.

Costa, M. A. (2005). Cuidados de enfermagem aos idosos. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.255-278). Lisboa, Climepsi Editores.

Cordeiro, J. C. D. (1987). *A saúde mental e a vida* (2ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra.

Devamand, D. P., Kim, M. K., Paykina, N., & Sackeim H. A. (2002). Adverse life events in elderly patients with major depression or dysthymic disorder and in healthy-control subjects. *American Journal Geriatric Psychiatry* 10 (3), 265-274.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Direcção Geral de Saúde (2005). Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas. Relatório.

European Commission (1999). *Minimum data set of European mental health indicators*. Stakes.

European Commission (2003). Eurobarometer 58.2. *The mental health status of the European population 2003*. The European Opinion Research Group (EORG).

European Commission (2004a). *The state of mental health in the European Union*. Health & Consumer Protection.

European Commission (2004b). *Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression*. Health & Consumer Protection – Directorate General.

Fernández – Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: *Envejecimiento e Prevencion*. AMG, Barcelona.

Fernández – Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid: Pirâmide.

Fernández – Ballesteros, R.; Caprara, M. G.; & Garcia, L. F. (2005). Vivir con vitalidad – M: A European multimedia Programme. *Psychology in Spain*, 9 (1), 1-12.

Fernández – Ballesteros, R., Zamarron, M. D., Rudinger, G., Scroots, J. J., Heikkinen, E., Drusini, A. et al. (2004). Assessing competence: The european survey on aging protocol (ESAP). *Gerontology*, 50, 330-347.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Folkman, S.; Lazarus, R. S., Pimley, S. & Nocacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fonseca, M. F. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, M. F. (2005b). Aspectos psicológicos da “passagem à reforma”. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.46-73). Lisboa, Climepsi Editores.

Fonseca, M. F. (2005c). O Envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.282-311). Lisboa, Climepsi Editores.

Fortin, M. F.(2000). *O Processo de investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas Lda.

Fragoeiro, I. (1998). A saúde mental dos idosos residentes em lares: papel do enfermeiro (trabalho não publicado). (Tese de Mestrado em ciências de enfermagem). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Freund, A. M., Li, K. Z. H., & Baltes, P. B. (1999). Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation. In J. Brandtstädter & R. M. Lerner, *Action & self development: Theory and research through the life span* (pp. 401-434). London, Sage Publication.

Fry, P. S. (1989). Preconceptions of vulnerability and controls in old age. In P. S. Fry (ed.). *Psychological perspectives of hilliness and control in the elderly* (pp.1-39). Amesterdão, Elsevier Science Publisher.

Gallo, J. J., Rebok, G. W., Tennstedt, S., Wadley, V. G., Horgs, A., & the advanced cognitive training for independent and vital elderly (active) study investigators. (2003). Linking depressive symptoms and functional disability in late life. *Aging & Mental Health*, 7 (6), 469-480.

Garland, J. (1990). Environment and behavior: A clinical perspective. In J. Bond; P. Coleman (Eds.), *Ageing in society. An introduction to social gerontology* (pp.123-143). London, Sage Publications.

Geerlings, S. W., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & van Tilburg, W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30, 369-380.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1996). *Perturbações mentais comuns: um modelo psico - social*. Lisboa: Climepsi Editores.

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

Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society of Health*, 126 (3), 134-142.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (2003). Avaliação Breve do Estado Mental. In O. R. Leitão, A. Nina, I. Monteiro. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências, *Escala e testes na demência* (pp. 27-32). Lisboa.

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

Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Síbalo.

ICPC-2 *Classificação Internacional de Cuidados Primários* (1999). Comissão Internacional de Classificações da Wonca (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

Instituto Nacional de Estatística (2001). Censos 2001. Resultados Definitivos. Região Autónoma da Madeira.

Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). *Mental health and mental disorders. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.

Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkis, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.

Judd, L. L., & Akiskal, H. S. (2001). The clinical and public health relevance on subthreshold depressive symptoms to elderly patients. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 10 (3), 233-238.

Kale, A. J. L. & Costa, A. J. C. (2002). Medidas de frequência de doença. In R. A. Medronho et al., *Epidemiologia* (pp. 15-31). São Paulo, Editora Atheneu.

Katz, M. H. (2006). *Multivariable analysis. A practical guide for clinicians* (2ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

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.

Kasl, S. V. & Rosenfield, S. (1980). The environment and its impact on the mental health of the aged. In R. B. Sloane (Ed.lit), *Handbook of mental health and aging* (pp. 468-492). Englewood Cliffs. Prentice Hall.

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

Korkeila, J. J. A, Lehtinen, V., Bijl, R. V, Dalgard, O. S., Kovess, V., Morgan, A., & Saltize, H. J. (2003). Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavia Journal of Public Health, 31*, 1-8.

Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly person: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 57B*, 87-94.

Kramer, S. E., Kapteyn, T., Kuik, D. J., & Deeg, D. J. H. (2002). The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health, 14*, 122-137.

Krause, N., Liang, J. & Gu, S. (1998). Financial strain, received support, anticipated support, and depressive symptoms in the people's Republic of China. *Psychology and Aging 13* (1), 58-68.

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

Lawton, M. P. (1980). *Environment and aging*. Monterey, C. A.: Brooks/ Cole Publishing Co.

Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press and adaptation. In M. Lawton; P. Windley; & T. Byerts (Eds.), *Aging and environment*. New York, Springer.

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

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer; M. P. Lawton (Eds.), *The Psychology of adult development and aging* (pp.619-674). Washington, American Psychological Association.

Lazarus, R. S. (1998). Coping with aging. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, G. Berg, P. Fromholt, *Clinical Geropsychology* (pp.109-127). Washington, American Psychological Association.

Lazarus, R. S., DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.

Lehtinen, V., Riikonen, E., Lahtinen, E. (1997). *Promotion of health on the European agenda*. Helsinki: Stakes. National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Schulberg, H. C., Dew, A. M., Begley, A. E., Pollock, B. G. et al. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 722-728.

Lenze, E. J., Rogers, J. C., Martire, L. M., Mulsant, B. H., Rollman, B. L., Dew, M. A. et al. (2001). The association of late life depression and anxiety with physical disability. A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Psychiatry*, 9, 113-135.

Liang, J., Krause, N. M., & Bennet, J. M. (2001). Social exchange and well-being: is going better than receiving? *Psychology and Aging*, 16, 511-523.

Lopes, J. S. (1988). As depressões nas idades tardias. *Psicologia*, 6 (2), 175-195.

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

Maia, M. (1995). Acontecimentos de vida e prematuridade. (Tese de mestrado). Badajoz: Universidade da Estremadura.

Mann, A., & Graham, N. The Gospel Oak Survey. http://66.102.9.104/u/iop?9=cache_82riwz5ewoj:www.iopkcl.ac.uk/iopweb/depar.

Martin, A. L. (2007). Gerontologia educativa: enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção com idosos. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 47-73). Lisboa, Instituto Piaget.

Martin, A. L., Gonçalves, D., Silva, A., Paúl, C., & Cabral, F. P. (2007). Políticas sociais para a terceira idade. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 131-179). Lisboa, Instituto Piaget.

Martin, I., Guedes, J., Gonçalves, D., Pinto, F. C. (2007). O desenvolvimento do paradigma do envelhecimento produtivo. Os novos papéis dos seniores na sociedade. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 203-223). Lisboa, Instituto Piaget.

McDowell, & Newell (1987). The Rand Mental Health Inventory. In I. McDowell & C. Newell, *Measuring health: a guide for rating scales and questionnaires* (2^aed.) (pp. 213-219). Oxford: Oxford University Press.

Medronho, R. A. Carvalho, D. M., Bloch, K. V., Luiz, R. R., & Werneck, G. L. (2002). *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu.

Mehlsen, M., Thomsen, D. K., Vidik, A., Olesen, F., & Zachariae, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: implications for well-being. *Aging & Mental Health*, 9 (3), 281-290.

Menninger, W. W. (1999). Adaptation challenges and coping in late life. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63 pp. A4-A15.

Mental Health Foundation (2007). *Promoting mental health and well-being in later life. A first report from the United Kingdom inquiry into mental health and well-being in later life*. Age Concern England.

Michele, L. (2006). *Improving services and support for older people with mental health problems. The second report from United Kingdom Inquiry*. Age Concern England.

Milheiro, J. (2001). Ambiente e saúde mental. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald, & M. Renaud, *Novos desafios à bioética* (pp. 301-306). Porto, Porto Editora.

Ministério da Saúde (2001). *Censo Psiquiátrico 2001*. Direcção Geral da Saúde. Odivelas.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

Ministério da Saúde (2007). Recomendações acerca da prevenção da depressão. [online]. Available: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+P+ortugal/noticias/arquivo>.

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.

Morris, D. S. (2006). Tai-Chi and older people in the community: a preliminary study. *Complementary Therapies in Clinical Practise*, 12 (2), 111-118.

Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde mental. Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.

Nunes, C. (2001). *Bioética: temas elementares*. Fim de Século Edições, Sociedade Unipessoal Lda.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Organização Mundial de Saúde (2001) *Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Lisboa.

Ormel, J., & Jong, P. (2001). Sobre a vulnerabilidade às perturbações mentais comuns. In M. Tansella & G. Thornicroft, *As perturbações mentais comuns nos cuidados de saúde primários* (pp.59-75). Lisboa, Climepsi Editores.

Osborn, D. P. J., Fletcher, A. E., Smeeth, L., Stirling, S., Bulpitt, C. J., Breeze, E. et al. (2003). Factors associated with depression in a representative sample of 14217 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.

Osório, A. R., Pinto, F. C. (2007). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Osório, A. R., Rumbo, B., Cid, X. M. (2007). Programas universitários para idosos. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 307-321). Lisboa, Instituto Piaget.

Paúl, C. (1993). A depressão em idosos: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, XI (4), 609-617.

Paúl, C. (1996). *A Psicologia dos idosos: envelhecimento em meio urbano*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

Paúl, C. (2007). Old-old people: major recent findings and the European contribution to the state of the art. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology, European perspectives for an aging world* (pp. 128-144). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

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

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

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado J. (2005). Satisfação de vida e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coor.), *Envelhecer em Portugal* (pp.75-95). Lisboa, Climepsi Editores.

Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ªed.). Lisboa: Edições Síbalo.

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

Pientka L. (2007). Functional disability in the elderly: epidemiologic aspects. *Therapeutisch Umschau* 54 (6), 298-302.

Pincus, H. A., Davis, W. W., & McQueen, L. E. (1999). "Subthreshold" mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 174, 288-296.

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.

Pinquart, M. J., & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, 195-213.

Portugal, Presidência do Conselho de Ministros – Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Diário da República, 1ª série – Nº 47 (6 de Março de 2008), 1395-1409.

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

Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997b). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project V. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.

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., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. M., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L. et al. (1999a). Development of Euro-D scales. A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry, 174*, 330-338.

Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T. F., Fuhrer, R., Jenker, C., Kivela, S. L. et al. (1999b) – 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, 174*, 339-345.

Região Autónoma da Madeira (2003). Plano Regional de Saúde 2004-2010. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Funchal.

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

Rieder-Heller, S. G., Busse, A., & Angermeyer, M. C.(2000). Are cognitively impaired individuals adequately represented in community surveys? Recruitment challenges and strategies to facilitate participation in community surveys of older adults. A review. *European Journal of Epidemiology, 16*, 827-835.

Rodin, J. (1986). Health, Control and Aging in M. M. Baltes; P. B. Baltes (Eds.), *The Psychology of Control and Aging* (pp.139-165). London, Lawrence Erlbaum Associates.

Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003a). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging, 18* (4), 896-905.

Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003b). Depression in later life: cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging, 18* (1), 80-90.

Ruthig, J. C.; Chipperfield, J. G.; Newall, N. E., Perry, R. P., Hall, N. C. (2007). Detrimental effects of falling on health and well-being in later life: the mediating roles of perceived control and optimism. *Journal Health Psychology, 12* (2), 231-148.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-561.

Russel, D. W., & Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging, 6* (2), 190-201.

Scheaffer, R. L., Mendenhall III W., & Ott, R. L. (1995). *Elementary survey sampling* (5^a ed.). USA: Duxbury Press.

Schmitt, M. E., & Juctern, J. C. (2001). The structure of subjective well being in middle adulthood. *Aging & Mental Health, 5* (1), 47-55.

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2004). *A família da Madeira em números*. Centro de Segurança Social da Madeira.

Secretaria Regional do Plano e Finanças (2006). Estatísticas demográficas da RAM 2005. Direcção Regional de Estatística.

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

Silva, D., & Peralta, M. A. (2002). Perspectivas da velhice em idosos com diferentes situações. *Geriatrics, 15*, 9-16.

Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & M. F. Fonseca (coor.), *Envelhecer em Portugal* (pp.137-156). Lisboa, Climepsi Editores.

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.

Stokols; D., & Altman, I. (1991). *Handbook of environmental psychology*. Flórida: Krieger Publishing Company.

Tansella, M., & Thornicroft, G. (2001). *Perturbações mentais comuns nos cuidados primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

Taylor, M. G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later-life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59(4), S238-246.

Warrs, P., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health*, 8 (2), 172-183.

Wenger, G. C. (1997). Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging & Mental Health*, 1 (4), 311-320.

Werneck, G. L. & Almeida, L. M. de (2002). Validade dos estudos epidemiológicos. In R. A. Medronho et al., *Epidemiologia* (pp. 199-211). São Paulo, Editora Atheneu.

Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R., & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old: results from the Berlin Aging Study (BASE) in *European Archive Psychiatry Clinic Neuroscience*, 250, 111-119.

World Health Organization (1999). *Exploding the myths. Ageing and health Programme*. Geneve.

World Health Organization (2002). *Active aging. A policy framework*. Geneve.

World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneve.

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

World Health Organization (2004b). *Promoting mental health: Concepts emerging evidence practice*. Geneve.

World Health Organization (2005a). *Mental Health Declaration For Europe*. European Ministerial Conference of Mental Health: Facing the challenges. Building solution.

World Health Organization (2005b). *Mental Health Action Plan For Europe*. European Ministerial Conference of Mental Health: Facing the challenges. Building solution.

Vallespir, J., Morey, M. (2007). A participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação. In A. R. Osório & F. C. Pinto, *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa* (pp. 225-267). Lisboa, Instituto Piaget.

VandenBos, G. (1998). Life - Span developmental perspectives on aging: An introductory overview. In I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg, F. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology*. Washington, American Psychological Association.

Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice*. Porto: Edições Asa.

Vaz Serra, A. (1977). Depressões na Terceira Idade. *O Médico*, 1352, 149-157.

Veit, C. & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.

Verropoulou, G., & Tsimbos, C. (2007). Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population in later life: an analysis using SHARE data. *European Journal of Aging*, 4 (3), 171-181.

ANEXOS

Anexo nº1. Protocolo de investigação

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

I ° Curso de Doutoramento em Saúde Mental

“A Saúde Mental das Pessoas Idosas da RAM”
Protocolo de investigação

Orientadora: Professora Doutora Maria Constança Paul

Co - orientadora: Maria Helena de Aguiar Pereira e Pestana

Doutoranda: Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro

Funchal, Janeiro 2005

Caro/a colega

Faço votos para que o ano 2005 lhe proporcione muitas alegrias, muita saúde e muita amizade entre outras coisas boas que deseje.

Na sequência do combinado anteriormente, envio-lhe os protocolos de investigação com o questionário incorporado, para que o colega faça a sua aplicação, nas segunda e terceira semanas de Janeiro, às pessoas idosas referenciadas.

Nesta colheita de dados e após duas tentativas de contacto com cada idoso/a, ainda que não tenha conseguido realizar a entrevista, o/a colega **não deve** substituí-lo/a por outro. Por essa razão não indico qualquer pessoa suplente.

Agradeço que confirme se preencheu todos os elementos necessários e se as questões foram todas respondidas pelo idoso/a.

Peço-lhe o favor de devolver todos os questionários remetidos, bem como os consentimentos obtidos e as folhas de contacto, para a Direcção de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, logo que os tenha respondidos e lhe seja possível.

Grata pela sua colaboração.

Funchal, 3 de Janeiro 2005

ORIENTAÇÕES RELACIONADAS COM A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL ÀS PESSOAS IDOSAS DA RAM

A pessoa idosa seleccionada deve ser contactada na sua residência.

Caso não se encontre em casa aquando do 1º contacto, deverá ser registado o facto em impresso adequado.

Noutro dia deverá ser realizada nova tentativa de contacto.

Caso o idoso/a não se encontre novamente em casa, deverá ser registado o sucedido em impresso adequado e no guião de protocolo, codificado para o idoso respectivo. Deverá fazer uma terceira tentativa de contacto, preferencialmente noutra hora e em outra ocasião.

Caso encontre o idoso/a em casa, mas após contacto, o mesmo recusar participar no estudo, deve ser respeitada a sua decisão. Registe a decisão de não participar por parte do idoso no guião respectivo e no impresso destinado a esse fim. Este idoso não deverá ser substituído.

Caso o idoso/a esteja em casa, mas fique impedido de o contactar por recusa do ou dos acompanhantes ou familiares, não deverá insistir na entrevista e não deverá substituir o idoso.

Se o idoso/a estiver em casa e aceitar colaborar no estudo, depois de devidamente informado/a acerca do mesmo e das condições inerentes à participação, o entrevistador deve proceder à aplicação do protocolo. Note-se que a cada idoso/a corresponde um guião de protocolo previamente codificado.

Se não conseguir identificar a residência ou se a morada estiver inadequada, deverá registar o facto na folha de contacto.

Se a residência estiver desabitada, após confirmar o facto, deverá registá-lo igualmente, na folha de contacto.

Neste estudo não é permitido substituir as pessoas idosas.

Antes de obter o consentimento de participação da pessoa idosa, proceda tendo em consideração os seguintes aspectos:

- Identifique-se.
- Explique ao idoso/a porque está a contactá-lo e qual a natureza do trabalho que se pretende efectuar.
- Explique quais são os objectivos do trabalho.
- Entregue ao idoso/a a carta que é endereçada a solicitar colaboração e caso verifique que a pessoa em causa, não consegue ler, disponha-se a fazê-lo. Se o idoso/a manifestar dúvidas, prontifique-se a esclarecê-lo.
- Assegure o anonimato e a confidencialidade dos dados que o idoso/a se disponha a facultar.
- Certifique-se que o idoso/a quer colaborar, e, caso assim se verifique, manifeste satisfação e reconhecimento pelo facto.
- Solicite ao idoso que assine o documento de aceitação de participação no estudo. Caso a pessoa em questão, não seja capaz de assinar, peça-lhe para colocar a impressão digital no espaço reservado à assinatura. Ajude-a a fazê-lo.

Entregue ao idoso o termo de responsabilidade do entrevistador e investigador. Não se esqueça de trazer e volta o termo de aceitação do idoso devidamente assinado.

Aplicação do guião da entrevista:

Assegure que estão reunidas as condições indicadas no início do guião. Se assim se verificar, pode iniciar a entrevista, seguindo a sequência prevista no guião.

Ao aplicar o *Mini Mental State*, caso lhe pareça oportuno (de acordo com a sua própria observação e sensibilidade), explique à pessoa que, apesar de algumas questões parecerem demasiado fáceis, não pretende desvalorizar a

capacidade que possui para responder a questões mais complexas e com maior grau de dificuldade. Todavia, dado que a entrevista será aplicada a múltiplos idosos, alguns dos quais infelizmente, apresentam limitações cognitivas, as perguntas destinam-se a detectar essas situações.

Ao longo da realização da entrevista, certifique-se de que o/a idoso/a não está cansado ou indisponível para continuar.

Ao realizar a entrevista formule as questões demonstrando empatia; revele interesse nas respostas, escute com atenção, não emita juízos valorativos e respeite as ideias e sentimentos expressos.

Faculte ao idoso/a o tempo necessário para que explicita as suas ideias e expresse livremente os seus sentimentos.

Atenda à vontade expressa pela pessoa. Se o idoso/a quiser desistir no decurso da entrevista, respeite a decisão.

Se ao formular as questões estas suscitarem dúvidas; se porventura para facilitar o entendimento da questão utilizar palavras sinónimas alternativas, registre por favor as palavras usadas, sublinhando a palavra original no guião.

Assegure que o idoso responde a todas as questões.

Ao finalizar a entrevista agradeça a colaboração e valorize a disponibilidade reveladas na mesma. Saliente que foi interessante estar com o idoso/a. Enfatize a importância da participação para o bem de outros idosos e da comunidade.

Reafirme a sua disponibilidade para à posteriori, facultar à pessoa qualquer esclarecimento relativo ao trabalho, caso a mesma sinta necessidade.

Grata pela sua colaboração.
Isabel Fragoeiro

A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS DA RAM

FOLHA DE CONTACTO

CÓDIGO_____

Enfermeiro/a:_____

Identificação do/a idoso/a:

Nome_____

Data do nascimento____/____/____

Morada_____

Nº____Andar____Nº apart._____

Telefone_____

Freguesia_____

Concelho_____

Ficha de resultados da entrevista

visita	data	hora	resultado
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			

Resultado:

- 1 - realizada na totalidade
- 2 - realizada apenas até à aplicação do Mini Mental State
- 3 - falecido/a
- 4 - impossibilitado de colaborar por razões de saúde
- 5 - ausência do lar (temporariamente ou definitivamente reside fora do lar, institucionalizado)
- 6 - ausência do idoso (reside na casa mas no momento do contacto está ausente)
- 7 - recusa em colaborar do lar (por ex: do familiar, da pessoa significativa)
- 8 - recusa em colaborar pelo idoso/a
- 9 - casa desabitada
- 10 - escritório/ empresa

Neste estudo não são permitidas as substituições das pessoas idosas.

CÓDIGO_____

Data: __/__/__

Hora de início: __:__

Hora de finalização: __:__

Local de realização _____

Enfermeiro_____

Identifique-se e explicita os objectivos do trabalho. Assegure o anonimato e a confidencialidade das respostas. Solicite a colaboração e o consentimento da pessoa idosa para responder às questões formuladas. Confirme se aceita, expressando-o por palavras, participar no estudo. Verifique se a pessoa não se encontra debilitada para colaborar e se o ambiente é propício ao diálogo, assegurando a privacidade. Constate se o idoso ouve o que lhe diz e evidencia entender o que se pretende. Verifique se é possível estabelecer e desenvolver o diálogo. Verifique se o que diz, denota que compreendeu e descodificou a mensagem. Verifique se responde de forma lógica e coerente quando interpelado. De acordo com a sua constatação preencha os itens seguintes:

0 –O idoso:

- 0.1 Não respondeu
- 0.2 Respondeu mas de forma imperceptível
- 0.3 Respondeu e o conteúdo da resposta foi lógico e coerente

1 –Caracterização:

(Relativa ao idoso/a)

Assinale nas quadrículas correspondentes as respostas correctas.

1.1 Sexo:

- Masculino
- Feminino

1.2 **Data de nascimento:** __/__/19__ **Idade** _____

1.3 Residência:

Freguesia _____

Concelho _____

1.4 Anos de escolaridade (quantos anos estudou?)

- Analfabeto
- De 1 a 11anos
- Superior a 11 anos

1.5 Situação Profissional

- Reformado
- Trabalhador
- Doméstica
- Pensionista

1.6 Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viúvo
- Outro

Caso tenha obtido a colaboração do idoso passe à aplicação do:

2 -Mini Mental State

Explique ao idoso/a que vai fazer-lhe umas perguntas, a maior parte das quais são fáceis. Solicite que tente responder o melhor que for capaz.

2.1 Orientação no tempo (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que:

- 2.1.1 *ano* estamos? _____
 - 2.1.2 *mês* estamos? _____
 - 2.1.3 dia do mês *estamos?* _____
 - 2.1.4 estação do ano *estamos?* _____
 - 2.1.5 dia da semana *estamos?* _____
- Nota: _____

2.2 Orientação no espaço

Em que:

- 2.2.1 *país* estamos? _____
 - 2.2.2 *distrito* vive? _____
 - 2.2.3 *terra* vive? _____
 - 2.2.4 *casa* estamos? _____
 - 2.2.5 *andar* estamos? _____
- Nota: _____

2.3 Retenção (1 ponto por cada resposta correcta)

Agora vou dizer-lhe 3 palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las, porque vou pedir-lhe que me diga essas palavras.

As palavras são: **Pêra**, **Gato**, **Bola**. Repita as 3 palavras.

- Pêra**
- Gato**
- Bola**

Nota: _____

2.4 Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de cinco respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuar a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

Agora peça-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3, até eu lhe dizer para parar.

27__
24__
21__
18__
15__

Nota:_____

2.5 Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para decorar.

(Só se efectua se o sujeito tiver aprendido as três palavras da prova de retenção.)

Pêra
Gato
Bola

Nota:_____

2.6 Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

2.6.1 *Como se chama isto?*

Mostrar o relógio de pulso _____

Mostrar um lápis _____

Nota:_____

2.6.2 *Repita a frase: o rato rói a rolha*

Nota:_____

2.6.3 *Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel: pegue nele com a sua **mão** direita, dobre-o ao **meio** e coloque-o no **chão** ou em outro local a indicar.*

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca no chão _____

Nota:_____

2.6.4 *Leia e cumpra o que diz neste cartão "**Feche os olhos**"*

Mostrar a frase da página nº 5. Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:_____

2.6.5 *Escreva uma frase inteira.*

Deverá ter sujeito, verbo e ter sentido. Erros gramaticais e troca de letras não contam.

A frase deve ser escrita numa folha de papel em branco. Se a pessoa for analfabeta este ponto não é realizado

Nota:_____

2.7 Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

*Copie o desenho que lhe vou mostrar.**

Mostrar o desenho que se encontra na página nº 6.

Devem estar presentes os 10 ângulos e dois deles devem estar intersectados.

Tremor e erro de rotação não contam.

Nota:_____

Máximo 30 pontos

TOTAL:_____

Proceda ao somatório da pontuação obtida pelo idoso e compare o total com os pontos de corte a seguir mencionados, antes de prosseguir a entrevista.

Pontos de corte para a População Portuguesa

Considera-se com defeito cognitivo:

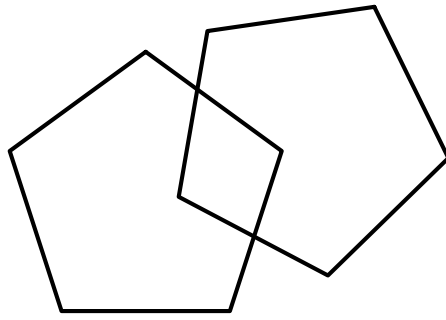
Analfabetos ≤ 15

1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

De acordo com o nível de escolaridade de cada idoso/a, verifique se a pontuação resultante do somatório efectuado, é superior aos valores sinalizados como pontos de corte. Se assim acontecer, prossiga a entrevista. Caso assim não se verifique, termine-a. Agradeça ao idoso/a a colaboração e revele disponibilidade para responder a qualquer dúvida que surja.

FECHE OS OLHOS



3 -Variáveis sociais:

Explique ao idoso/a que vai colocar-lhe algumas questões relacionadas com a sua família e com alguns aspectos sociais. Solicite que responda da forma que lhe parecer mais adequada.

3.1 Classe social:

Ao seleccionar a alternativa correcta, nas questões 3.1.1; 3.1.2 e 3.1.3, deve reportar-se ao elemento do casal com nível mais elevado. Caso o idoso não tenha parceiro, reporte-se ao nível que o próprio detém.

Caso o idoso/a ou o cônjuge já não exerçam a profissão, reporte-se à actividade profissional que exerceram mais tempo.

3.1.1 Profissão	
Directores de bancos, professores universitários, médicos, etc.	
Comerciantes, industriais, profissionais com cursos superiores	
Funcionários públicos, empregados de escritório, operários com cursos referentes ao seu trabalho	
Operários semi qualificados, modistas, telefonistas, etc.	
Domésticas, trabalhadores rurais, desempregados, etc.	
3.1.2 Nível de instrução	
Instrução universitária completa ou equivalente	
Instrução secundária completa ou técnica superior. Universitária incompleta	
Instrução secundária ou equivalente incompleta	
Instrução primária completa ou ensino preparatório	
Instrução primária incompleta ou analfabeta	
3.1.3 Rendimentos	
Fortuna adquirida ou herdada. Rendimento baseado em honorários	
Profissões liberais podendo ter salário mensal. Rendimento baseado num rendimento mensal fixo	
Tipo funcionário. Salário quinzenal, semanal, diário	
Rendimentos reduzidos ou irregulares	
Ajuda de origem pública ou privada	
3.1.4 Habitação	
Vivenda ou apartamento de luxo e muito confortável	
Vivenda ou apartamento de categoria média tanto em espaço como em conforto	
Casa ou apartamento modesto, em bom estado, com distribuição de água, luz e saneamento	
Casa a que falta um ou mais dos seguintes elementos: água, luz e saneamento	
Casa insalubre	

3.2 Percepção que o idoso/a tem acerca do rendimento que aufer

Pergunte ao idoso/a:

3.2.1 Em geral, diria que o seu rendimento mensal é:

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Fraco

3.2.2 Quando necessita de apoio financeiro a quem solicita?

- | | | | | | |
|---------|--------------------------|----------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Cônjuge | <input type="checkbox"/> | Irmãos | <input type="checkbox"/> | Ascendentes | <input type="checkbox"/> |
| Filhos | <input type="checkbox"/> | Vizinhos | <input type="checkbox"/> | Serviços Sociais | <input type="checkbox"/> |
| Netos | <input type="checkbox"/> | Amigos | <input type="checkbox"/> | Outros | <input type="checkbox"/> |

Se solicita a outros, especificar_____

3.3. Percepção que o idoso tem da sua habitação

Pergunte ao idoso/a:

3.3.1 Em geral, diria que a sua habitação é:

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

3. 4. Escala de rede de apoio social de Lubben

Seguem-se algumas questões sobre vários aspectos da relação do idoso/a com outras pessoas. Cada afirmação tem seis categorias de resposta possível. Coloque as várias possibilidades de resposta à pessoa idosa, e, assinale a quadrícula correspondente à opção efectuada pela mesma, com um X. Por favor assinale apenas uma quadrícula por cada questão.

<i>Rede familiar</i>	
3.4.1 Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez no mês? (incluir parentes por afinidade)	
Zero	
Um	
Dois	
Três ou quatro	
Cinco a oito	
Nove ou mais	
3.4.2 Sobre o familiar com quem contacta mais, qual a frequência com que fala ou se encontra com essa pessoa?	
De meses a meses	
Mensalmente	
Algumas vezes por mês	
Semanalmente	
Algumas vezes por semana	
Diariamente	
3.4.3 Quantos familiares considera que lhe são próximos, ou seja, com quantos deles se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais, ou a quem pode pedir ajuda?	
Zero	
Um	
Dois	
Três ou quatro	
Cinco a oito	
Nove ou mais	
<i>Rede de amigos</i>	
3.4.4 Tem amigos íntimos, isto é, amigos com quem se sente à vontade, com quem pode falar sobre assuntos pessoais ou a quem	
Zero	
Um	
Dois	
Três ou quatro	
Cinco a oito	
Nove ou mais	
3.4.5 Com quantos desses amigos se encontra ou conversa, pelo menos uma vez por mês?	
Zero	
Um	
Dois	
Três ou quatro	
Cinco a oito	
Nove ou mais	

3.4.6 Diga quantas vezes se encontra ou conversa com o amigo com quem contacta mais?	
Menos do que uma vez por mês	
Mensalmente	
Algumas vezes por mês	
Semanalmente	
Algumas vezes por semana	
Diariamente	
<i>Relações de confiança</i>	
3.4.7 Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar?	
Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Às vezes	
Raramente	
Nunca	
3.4.8 Quando outras pessoas que conhece têm alguma decisão a tomar, falam consigo sobre esse assunto?	
Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Às vezes	
Raramente	
Nunca	
<i>Ajuda aos outros</i>	
3.4.9 Há alguém à espera que faça algo por ela/ele? Por exemplo ir às compras, fazer o jantar, fazer pequenas reparações, limpar a casa, cuidar de crianças, etc.	
Se a resposta for <i>não</i> passar para 3.4.10 e seguinte	
Se a resposta for <i>sim</i> , cotar 5 e passar para o item 3.4.11	
3.4.10 Ajuda alguém em coisas como ir às compras, preencher formulários, fazer reparações, cuidar de crianças, etc.?	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Às vezes	
Raramente	
Nunca	
<i>Com quem vive</i>	
3.4.11 Vive só ou com outras pessoas? (incluir os parentes por afinidade)	
Vive com o cônjuge e /ou com outros familiares e amigos	
Vive com pessoas que não lhe são nada	
Vive com alguém a quem paga uma mensalidade	
Vive só	

4 –Percepção de controlo

As perguntas seguintes dizem respeito à forma como o idoso/a controla a sua própria vida e o que nela acontece no dia a dia. Questione ao idoso/a se:

4.1 Considera:	Sim	Não
4.1.1 Que controla a sua vida por si próprio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2 Que os seus actos influenciam o curso da sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3 Que decide a sua vida por si próprio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4 Que outros decidem por si o curso da sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4.1 Se sim, quem?		
A sua família	<input type="checkbox"/>	
Estranhos	<input type="checkbox"/>	
O destino	<input type="checkbox"/>	
A sorte	<input type="checkbox"/>	
Deus	<input type="checkbox"/>	
Outro	<input type="checkbox"/>	
4.1.5. Que decide por si próprio o que quer fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 –Ocupação do tempo

Solicite ao idoso/a que assinale as actividades que o ocupam no dia a dia.

Igreja	<input type="checkbox"/>	Rádio	<input type="checkbox"/>	Bordar	<input type="checkbox"/>
Animais	<input type="checkbox"/>	Conversa	<input type="checkbox"/>	Fazer crochet	<input type="checkbox"/>
Jogos	<input type="checkbox"/>	Passear	<input type="checkbox"/>	Jardinar	<input type="checkbox"/>
Crianças	<input type="checkbox"/>	Televisão	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Compras	<input type="checkbox"/>	Ler	<input type="checkbox"/>		
Arranjos	<input type="checkbox"/>	Ginástica	<input type="checkbox"/>		

Pergunte ao idoso/a se:

6 –Acontecimentos de vida significativos

6.1 –Houve algum acontecimento que afectou de forma significativa a sua vida, no último ano?

	Sim	Não
6.1.1 –Se sim, de que modo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positivamente	<input type="checkbox"/>	
Negativamente	<input type="checkbox"/>	
6.1.2 –Qual a natureza desse acontecimento?		
De saúde	<input type="checkbox"/>	
Social	<input type="checkbox"/>	
Económica	<input type="checkbox"/>	
Familiar	<input type="checkbox"/>	
Relacionada com a sua habitação	<input type="checkbox"/>	
Outra	<input type="checkbox"/>	

6.2 –No último ano sofreu algum desgosto?

Se sim, que tipo de desgosto sofreu?_____

7 -Mental Health Inventory

Aborde o idoso/a explicando-lhe que vai colocar-lhe um conjunto de questões, cada uma com seis alternativas de resposta, para que escolha a que melhor se adequar ao modo como se sente no seu dia a dia.

7.1 -Quanto feliz e satisfeito você tem estado com a sua vida pessoal?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	
Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	
Geralmente satisfeito e feliz	
Por vezes ligeiramente feliz, por vezes ligeiramente infeliz	
Geralmente insatisfeito, infeliz	
Muito insatisfeito e infeliz a maior parte do tempo	

7.2 -Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.3 -Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram ou perante situações desesperadas no último mês?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.4 -Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor ou cheio de esperança?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.5 -Com que frequência durante o último mês, sentiu que a sua vida, no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.6 –Com que frequência durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.7 –Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.8 – Durante o último mês teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus actos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória?

Não, nunca	
Talvez um pouco	
Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	
Sim e fiquei um bocado preocupado	
Sim e isso preocupa-me	
Sim e estou muito preocupado com isso	

7.9 –Sentiu-se deprimido durante o último mês?

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	
Sim, muito deprimido quase todos os dias	
Sim, deprimido muitas vezes.	
Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	
Não, nunca me sinto deprimido	

7.10 –Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.11 –Durante quantas vezes no mês passado se sentiu muito nervoso?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.12 - Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.13 -No último mês, durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado ?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.14 - Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos?

Sim, completamente	
Sim, geralmente	
Sim, penso que sim	
Não, muito bem	
Não e ando um pouco perturbado com isso	
Não e ando muito perturbado com isso	

7.15 - Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.16 -Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.17 -Durante quanto tempo, no mês que passou se sentiu calmo e em paz?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.18 –Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.19 –Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.20 –Com que frequência, no mês passado, se sentiu como se fosse chorar?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.21 – Durante o último mês, com que frequência sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.22 – Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.23 – No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.24 – Com que frequência durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.25 – Durante o último mês, quão incomodado é que se sentiu devido ao nervoso?

Extremamente, ao ponto de não fazer as coisas que devia	
Muito incomodado	
Um pouco incomodado pelos meus nervos	
Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	
Apenas de forma muito ligeira	
Nada incomodado	

7.26 – No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.27 – Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.28 – Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?

Sim, muitas vezes	
Sim, algumas vezes	
Sim, umas poucas de vezes	
Sim, uma vez	
Não, nunca	

7.29 – No último mês, durante quanto tempo se sentiu cansado, inquieto e insatisfeito?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.30 –No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.31 –Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.32 –Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.33 –Durante o último mês sentiu-se ansioso ou preocupado?

Sim, extremamente, ao ponto de ficar doente ou quase	
Sim, muito	
Sim, um pouco	
Sim, o suficiente para me incomodar	
Sim, de forma muito ligeira	
Não. De maneira nenhuma	

7.34 –No último mês, durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?

Sempre	
Quase sempre	
A maior parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca	

7.35 –Com que frequência, durante o último mês, se sentiu com dificuldade em se manter calmo?

Sempre	
Com muita frequência	
Frequentemente	
Com pouca frequência	
Quase nunca	
Nunca	

7.36 –No último mês, com que frequência se sentiu espiritualmente em baixo?

Sempre	
Quase sempre	
Uma boa parte do tempo	
Durante algum tempo	
Quase nunca	
Nunca acordo com a sensação de descansado	

7.37 – Com que frequência, durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?

Sempre, todos os dias	
Quase todos os dias	
Frequentemente	
Algumas vezes, mas normalmente não	
Quase nunca	
Nunca	

7.38 –Durante o último mês sentiu-se debaixo de grande pressão ou stress?

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	
Sim, muita pressão	
Sim, alguma, mais do que o costume	
Sim, alguma, como o costume	
Sim, um pouco	
Não, nenhuma	

8 –Autonomia física e instrumental

Das várias opções assinale aquelas que o idoso/a considera correctas:

8.1 –Autonomia física:

8.1.1 –Capacidade para se deslocar:

	Com apoio	Sem apoio
8.1.1.1 Dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1.1.2 Na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.1.2 – Considera que de um ponto de vista físico consegue realizar as actividades necessárias à satisfação das suas necessidades?

Sempre	<input type="checkbox"/>
Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Poucas vezes	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

8.1.3 –Se apenas consegue realizar as actividades poucas vezes, raramente ou nunca consegue, questionar:

Há quanto tempo tal acontece? _____
Que tipo de limitação possui? _____

Assinale para cada actividade de vida o nível de dependência que o idoso apresenta colocando um círculo nos símbolos.

8.2 –Índice de Katz

8.2.1 Lavar-se ■ Não recebe ajuda (entra e sai da banheira só, se esta é a sua forma habitual de banhar-se).	■ Recebe ajuda na limpeza de uma parte do corpo apenas.	● Recebe ajuda em mais que uma parte do corpo ou ajuda para entrar ou sair da banheira, não se lava sem ajuda.
8.2.2 Vestir-se ■ Escolhe a roupa e veste-se completamente sem ajuda.	■ Sem ajuda, excepto para atar os sapatos.	● Recebe ajuda para escolher a roupa ou vestir-se ou permanece parcial ou completamente despido.
8.2.3 Usar os sanitários ■ Vai aos sanitários, limpa-se, arranja a roupa sem ajuda (pode usar bengala, andarilho ou cadeira de rodas). Pode usar urinol ou bacio para a noite, despejando-os de manhã.	● Precisa de ajuda para usar os sanitários, limpar-se e arranjar a roupa ou para o uso do urinol pela noite.	● Não vai aos sanitários.
8.2.4 Mobilizar-se ■ Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode apoiar-se em objectos como bengala ou andarilho).	● Entra e sai da cama, senta-se com ajuda.	● Não se levanta da cama.
8.2.5 Controle de esfínteres ■ Controla completamente ambos os esfínteres (vesical e anal).	● Incontinência ocasional.	● Necessita de supervisão. Usa sonda vesical ou é incontinente.
8.2.6 Alimentar-se ■ Alimenta-se sem ajuda.	■ Necessita de ajuda apenas para cortar a carne ou para untar o pão.	● Recebe ajuda para comer ou é alimentado parcial ou completamente com sondas ou fluidos intravenosos.

■ Independente ● Dependente

8.3 –Autonomia instrumental

Escala de Lawton e Brody (adaptada)

Assinale na quadrícula adequada a opção correspondente à forma como o idoso consegue realizar as seguintes tarefas:

8.3.1 Usar o telefone	Não tem telefone <input type="checkbox"/>
Não usa o telefone	
Atende o telefone, mas não faz telefonemas	
Atende o telefone e liga n ^{os} de telefone conhecidos	
Atende o telefone, procura e liga n ^{os} de telefone	
8.3.2 Fazer compras	
Incapaz de fazer compras	
Requer companhia para fazer qualquer compra	
Faz sozinho pequenas compras	
Faz sozinho todas as compras necessárias	
8.3.3 Gerir o seu dinheiro	
Incapaz de se servir do dinheiro	
Faz pequenas contas do dia a dia, ajuda nas maiores	
Governa tudo: saldos, cheques, paga renda, paga contas	
8.3.4 Tomar medicamentos	
Incapaz de tomar os seus medicamentos	
Toma a sua medicação se for preparada em doses separadas	
Toma os seus medicamentos na dose e tempo certos	
8.3.5 Usar transportes	
Não se desloca em transportes	
Só se desloca se acompanhado	
Só se desloca se acompanhado, em transportes públicos	
Desloca-se sozinho, apenas em táxi	
Desloca-se sozinho, em transportes públicos	
Guia carro	
8.3.6 Preparar refeições	
Necessita das refeições preparadas e servidas	
Aquece e serve refeições preparadas	
Faz refeições com dieta inadequada	
Prepara refeições adequadas, se lhe derem os ingredientes	
Planeia, prepara e serve refeições adequadas	
8.3.7 Fazer a lida da casa	
Não participa em tarefas domésticas	
Requer ajuda em tarefas domésticas leves e pesadas	
Apenas faz tarefas leves diárias (com/sem limpeza adequada)	
Faz todas as tarefas, com ajuda ocasional em tarefas pesadas	
8.3.8 Lavar/ tratar da roupa	
A roupa é tratada por outros	
Apenas lava pequenas peças de roupa	
Trata completamente da sua roupa	

9 –Saúde geral:

Pergunte ao idoso/a:

9.1 –Como considera a sua saúde em geral, no presente?

- Saúde absoluta:
- Má
 - Fraca
 - Razoável
 - Boa
 - Muito boa

9.2 –Comparando-a com a das pessoas da sua idade e do mesmo sexo, como acha a sua saúde?

- Saúde relativa:
- Não sabe
 - Pior
 - Idêntica
 - Melhor

9.3 –Comparando-a com a saúde que tinha há 1 ano atrás, como acha a sua saúde actual?

- Não sabe
- Pior
- Idêntica
- Melhor

9.4 – Assinale com um **x** na quadrícula correspondente, as queixas ou doenças actuais, referidas (percepcionadas) pelo idoso/a.

A	Gerais e inespecíficas	
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos	
C	Aparelho digestivo	
D	Olho	
E	Ouvido	
F	Aparelho respiratório	
G	Sistema músculo esquelético	
H	Sistema nervoso	
I	Psicológicas	
J	Aparelho circulatório	
K	Pele	
L	Endócrino, metabólico, nutricional	
M	Aparelho urinário	
N	Aparelho genital	

Comentários.....

.....

Questione ao idoso/a:

9.4.1 – Há quanto tempo se iniciaram as queixas ou doenças?

9.4.2 – Está a ser acompanhado por serviços/ prestadores de cuidados de saúde?

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, pelo:		
Centro de saúde	<input type="checkbox"/>	
Hospital	<input type="checkbox"/>	
Serviços privados	<input type="checkbox"/>	

9.4.3 – Está medicado?

9.4.3.1 – Quem o medicou?

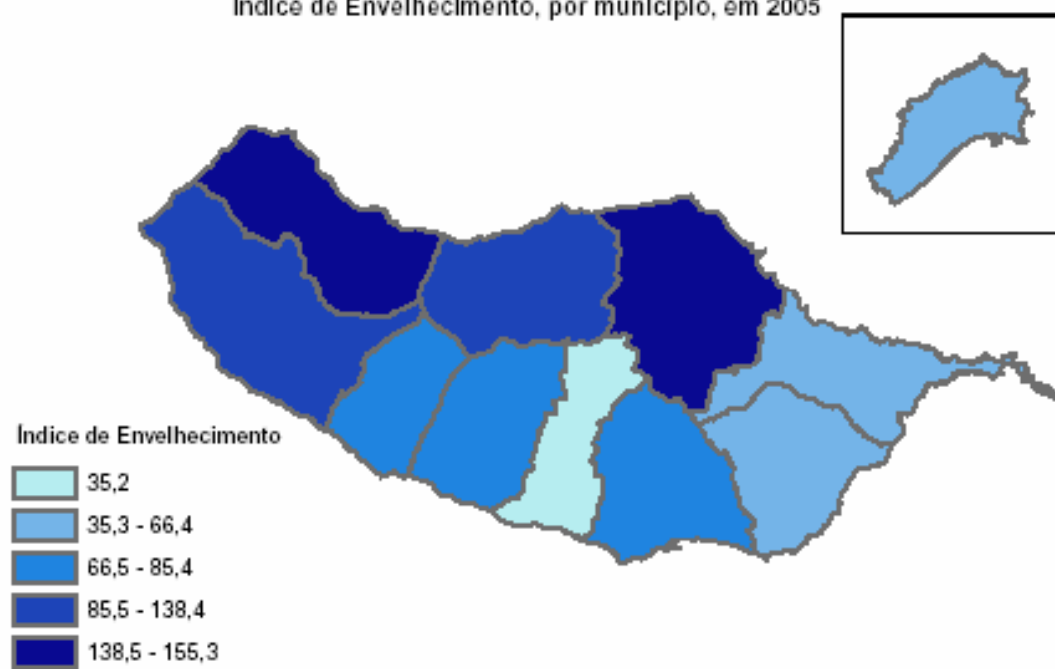
9.4.4 – Está a ser acompanhado por serviços/ prestadores de cuidados sociais?

	Sim	Não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, pelo/a:		
Ajuda domiciliária	<input type="checkbox"/>	
Serviço social do concelho	<input type="checkbox"/>	
Centro de dia	<input type="checkbox"/>	
Outro	<input type="checkbox"/>	

Agradeça a disponibilidade e colaboração dispensadas pelo idoso/a, valorizando o seu contributo para a concretização do trabalho. Realce a utilidade daquelas, para uma melhor compreensão dos aspectos relacionados com a saúde mental das pessoas idosas da RAM. Mostre-se disponível para à posteriori, caso o idoso sinta necessidade, esclarecer alguma dúvida acerca do trabalho.

Anexo nº 2. Mapa com índices de envelhecimento por municípios da RAM

Índice de Envelhecimento, por município, em 2005



Fonte: Estatísticas demográficas da RAM, 2005

Anexo nº 3. População em estudo – base de dados do cartão de utente da RAM

Totais de Utentes Activos (Base de Dados do Cartão do Utente) distribuídos pelos Concelhos da RAM na data 2004/10/29															
Concelho	Idade >=65 e <=74			Idade >=75 e <=84			Idade >=85			Total dos Utentes Activos com >=65			População Total		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
CALHETA	530	876	1.406	335	544	879	60	154	214	925	1.574	2.499	4.816	6.101	10.917
CAMARA DE LOBOS	790	1.323	2.113	348	646	994	66	154	220	1.204	2.123	3.327	16.089	17.784	33.873
FUNCHAL	3.729	5.793	9.522	1.737	3.383	5.120	293	965	1.258	5.759	10.141	15.900	47.321	56.111	103.432
MACHICO	651	1.002	1.653	340	603	943	66	159	225	1.057	1.764	2.821	10.882	11.592	22.474
PONTA DO SOL	331	607	938	188	321	509	36	84	120	555	1.012	1.567	3.887	4.764	8.651
PORTO MONIZ	150	290	440	106	162	268	27	53	80	283	505	788	1.424	1.786	3.210
PORTO SANTO	171	208	379	68	96	164	10	28	38	249	332	581	2.290	2.305	4.595
RIBEIRA BRAVA	416	790	1.206	246	504	750	70	128	198	732	1.422	2.154	5.845	7.380	13.225
SANTA CRUZ	839	1.236	2.075	393	745	1.138	72	179	251	1.304	2.160	3.464	14.213	15.696	29.909
SANTANA	391	670	1.061	246	407	653	60	90	150	697	1.167	1.864	3.988	4.756	8.744
SÃO VICENTE	302	482	784	158	271	429	38	75	113	498	828	1.326	2.838	3.411	6.249
Total	8.300	13.277	21.577	4.165	7.682	11.847	798	2.069	2.867	13.263	23.028	36.291	113.593	131.686	245.279

Anexo nº 4. Autorizações do Conselho de Administração do SRS E.P.E. e pareceres da Comissão de Ética e da Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

Handwritten signature

Serviço Regional de Saúde, E.P.E.
SAÍDA
S.0412367 / 5 2004/10/20

[
Exm^a. Senhora
Dr^a. Isabel Maria Abreu Rodrigues
Fragoeiro
]

Sua referência Sua comunicação N/Ofício Data

Assunto: ACESSO À BASE DE DADOS DO SRS, EPE - CARTÃO DE UTENTE

Relativamente ao pedido formulado por V. Ex^a., para a consecução da sua Tese de Doutoramento (caracterização da População Idosa da RAM do ponto de vista da Saúde Mental), informo que o mesmo foi autorizado nos termos do Parecer nº 29/04, da Comissão de Ética, que abaixo transcrevo:

"A CES/SRS,EPE, composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Jorge Figueira da Silva Santos, Médico, Dr. Carlos Miguel Pestana, Médico, Dr^a. Inês Porto Ribeiro, Farmacêutica, Isabel Maria dos Santos Carvalho Gomes da Silva, Enfermeira, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo e Dr. Sílvio Sousa, Jurista, na sua reunião de 06 de Outubro de 2004, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido acima identificado por :

1. Ser um Estudo extremamente pertinente, oportuno e útil para esta Região na medida em que os resultados irão permitir melhorar o planeamento, ajustamento e intervenção dos Serviços de Saúde às necessidades de saúde dos Idosos.
2. Ser um Estudo em que os benefícios ultrapassam largamente qualquer eventual desconforto.
3. Sem amostra o Estudo é completamente inviabilizado.

...//....



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

Assim, no cumprimento rigoroso da autorização em função do pedido formulado e fundamentado nos aspectos atrás referidos, o pedido não levanta qualquer problema de ordem ética.”

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração

José Carlos da Costa Perdigão

CF



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

*Concorda-se com o
te parecer e autor
o solicitado.
Comunique-se*

2004/10/19

✓ **Comissão de Ética para a Saúde do Serviço Regional de
Saúde, E.P.E.
(CES/SRS, EPE)**

Parecer nº 29/04

O Pedido:

Pedido feito pela Enfermeira Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro, Doutoranda em Saúde Mental para que lhe seja concedido acesso à Base de Dados do SRS, EPE, especificamente ao Cartão de Utente, com a finalidade de obter uma Listagem onde constem única e exclusivamente a idade (igual ou superior a 65 anos), sexo e residência da população a fim de construir uma amostra estratificada sobre a qual aplicará um Protocolo de Investigação para a consecução da sua Tese de Doutoramento (Caracterização da População Idosa da RAM do ponto de vista da Saúde Mental).

Parecer:

A CES/SRS, EPE composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Jorge Figueira Silva Santos, Médico, Dr. Carlos Miguel Pestana, Médico, Dr^a Inês Porto Ribeiro, Farmacêutica, Isabel Maria dos Santos Carvalho Gomes da Silva, Enfermeira, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo e Dr. Sílvio Sousa, Jurista, na sua reunião de 06 de Outubro de 2004, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido acima identificado por:

1. Ser um Estudo extremamente pertinente, oportuno e útil para esta Região na medida em que os resultados irão permitir melhorar o planeamento, ajustamento e intervenção dos Serviços de Saúde às necessidades de saúde dos Idosos.
2. Ser um Estudo em que os benefícios ultrapassam largamente qualquer eventual desconforto.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

3. Sem amostra o Estudo é completamente inviabilizado.

Assim, no cumprimento rigoroso da autorização em função do pedido formulado e fundamentado nos aspectos atrás referidos, o pedido não levanta qualquer problema de ordem ética.

Funchal, 14 de Outubro de 2004

O Presidente da CES/SRS,EPE

(Edward Richard Maul)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DE PLANEAMENTO E SAÚDE PÚBLICA

Tomar a respeito
216
04-04-22

INFORMAÇÃO.....	<input type="checkbox"/>
PROPOSTA.....	<input type="checkbox"/>
OUTRAS COMUNICAÇÕES..	<input type="checkbox"/>

DATA: 16 ABR 2004	Nº. 111
-------------------	---------

De: Directora Regional de Planeamento e Saúde Pública

Para: Exm^a. Senhora Chefe de Gabinete da Exm^a. Secretária Regional dos Assuntos Sociais

ASSUNTO: Estudo sobre "A Saúde Mental das Pessoas Idosas da RAM"

Relativamente ao requerimento da Dra. Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro, referente ao assunto acima identificado, somos a informar que é de todo o interesse para os serviços de saúde o estudo proposto, uma vez que trará informação numa área em que os dados disponíveis são escassos.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRECTORA REGIONAL,

Isabel

(Isabel Lencastre)

*Notar este
anexo de
sim no assunto
no corr. f.*

Anexo:
2 fotocópias

HB
Prop. Estudo

Rui Figueira

1744
04-04-21

DESPACHO

INFORMAÇÃO

*Do SA AT
2004/04/21*
✓

SRAS - Gab. Secretario Regional

SAIDA

S . 1991 / 08.00.00
2004/04/21 (ruif)

SRAS - Gab. Secretario Regional

ENTRADA

E . 2017 / 08.00.00
2004/04/19 (ruif)



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

Serviço Regional de Saúde, E.P.E.

SAÍDA

S.0413388 / 5 2004/11/15

Sua comunicação

N/Ofício

Data

[
Exm^a. Senhora
Dr^a. Isabel Maria Abreu Rodrigues
Fragoeiro
]

Assunto: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO - "A SAUDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS DA RAM"

Relativamente ao pedido formulado por V. Ex^a., em 27 de Outubro, p.p., subordinado ao assunto supra identificado, informo que o mesmo foi autorizado nos termos do Parecer n^o 34/04, da Comissão de Ética, que abaixo transcrevo:

"A CES/SRS,EPE, composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Jorge Figueira da Silva Santos, Médico, Dr. Carlos Miguel Pestana, Médico, Dr^a. Inês Porto Ribeiro, Farmacêutica e Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, na sua reunião de 03 de Novembro de 2004, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido acima identificado por não levantar qualquer problema de ordem ética."

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração

José Carlos da Costa Perdigão

CF

Anexo nº 5. Pontuação do *Mental Health Inventory*

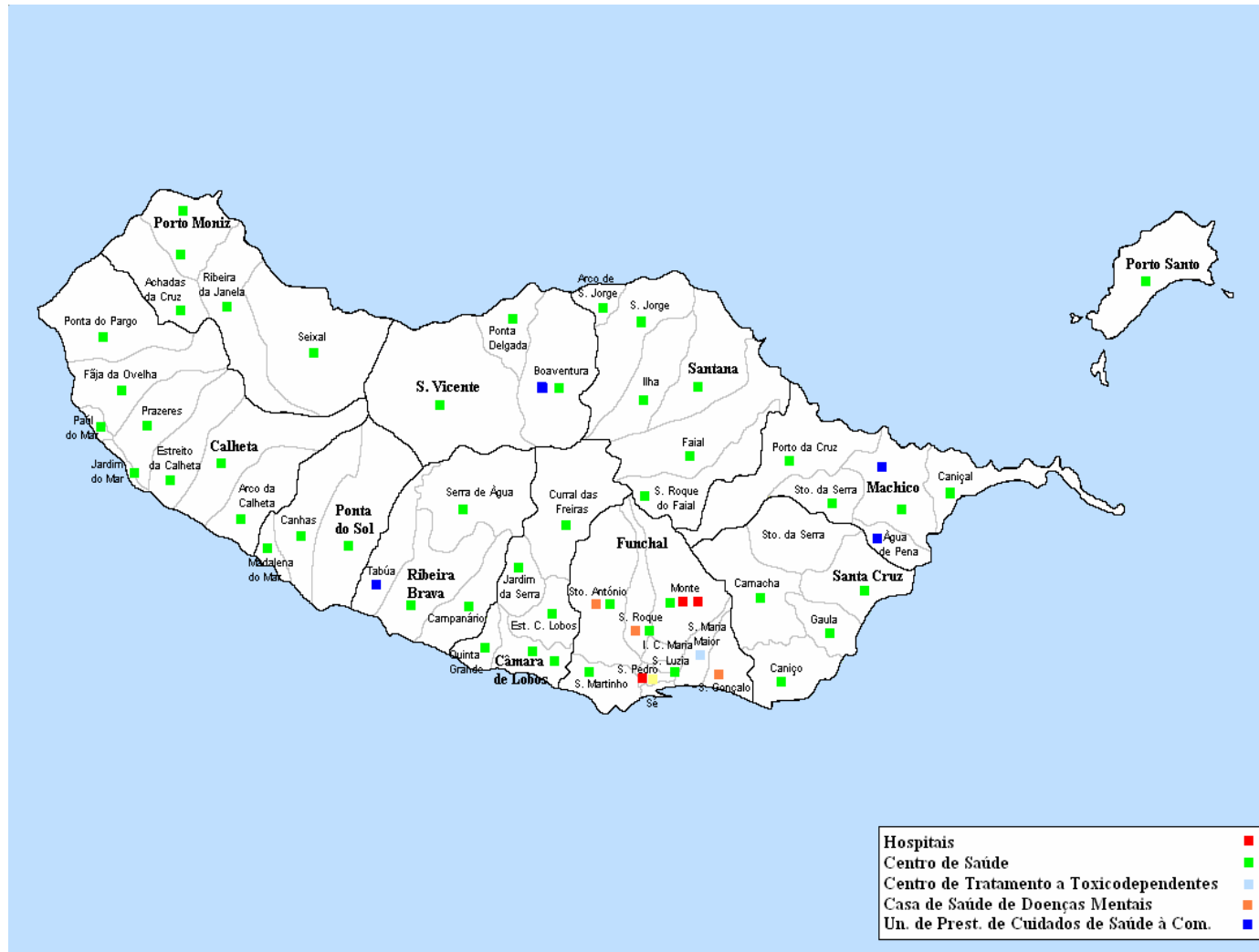
Mental Health Inventory: pontuações

Subescalas	Limites
Ansiedade	
7.11. Pessoa muito nervosa	1-6
7.3. Nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram	1-6
7.13. Tenso e irritado	1-6
7.15. As mãos a tremer quando fazia algo	1-6
7.25. Incomodado devido ao nervoso	1-6
7.29. Cansado inquieto e impaciente	1-6
7.32. Confuso ou perturbado	1-6
7.33. Ansioso ou preocupado	1-6
7.35. Dificuldade em se manter calmo	1-6
7.22. Relaxar sem dificuldade*	1-6
Depressão	
7.9. Deprimido	1-5
7.27. Triste e em baixo	1-6
7.30. Rabugento e de mau humor	1-6
7.36. Espiritualmente em baixo	1-6
7.38. Debaixo de grande pressão ou stress	1-6
Perda de controlo emocional/comportamental	
7.8. Preocupado por perder a cabeça*	1-6
7.14. Controlo de comportamento, pensamentos, sentimentos*	1-6
7.18. Sentiu emocionalmente estável*	1-6
7.20. Sentiu como se fosse chorar	1-6
7.21. Seria melhor que não existisse	1-6
7.24. Tudo acontece ao contrário do desejado	1-6
7.19. Triste e em baixo	1-6
7.28. Pensar em acabar com a vida	1-5
7.16. Sem futuro	1-6
Afecto positivo	
7.1. Feliz e satisfeito*	1-6
7.4. Futuro promissor*	1-6
7.12. Esperar ter um dia interessante*	1-6
7.6. Relaxado e sem tensão*	1-6
7.7. Prazer no que faz*	1-6
7.5. Dia a dia interessante*	1-6
7.17. Calmo e em paz*	1-6
7.26. Vida é uma aventura maravilhosa*	1-6
7.31. Alegre, animado e bem disposto*	1-6
7.34. Pessoa feliz*	1-6
7.37. Acordou fresco e repousado*	1-6
Laços emocionais	
7.2. Sentiu-se só	1-6
7.10. Sentiu-se amado e querido*	1-6
7.23. Relações amorosas satisfatórias*	1-6

* Itens com cotação invertida

Anexo nº 6. Carta dos Centros de Saúde da RAM

Serviços de Saúde existentes na RAM



Fonte: Serviço Regional de Saúde, 2003

Anexo nº 7. Consentimento informado da pessoa idosa

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAR NO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INTITULADO “A SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA”

A natureza e a proposta de participação no trabalho foram-me explicadas. Tive oportunidade de colocar dúvidas que me foram respondidas. Estou ciente de que posso retirar este consentimento em qualquer altura do estudo.

Data ___/___/___

O participante

Cortar-----

Confirmo que expliquei ao idoso/a, de forma adequada e inteligível a fundamentação, os objectivos e a metodologia, do estudo intitulado “**A Saúde Mental das Pessoas Idosas da RAM**”.

Ciente das implicações éticas inerentes à realização de estudos desta natureza, comprometo-me a assegurar o consentimento do participante e o seu direito de recusa, privacidade e anonimato. Todas as dúvidas colocadas pelo idoso/a foram esclarecidas e o mesmo concordou em participar no estudo.

Data___/___/___

A enfermeira entrevistadora

A investigadora

Anexo nº 8. Verificação das simetrias – estudo piloto

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas

	<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Rede Social (LSNS)	-0,61	0,35	-1,77 (*)
Ansiedade	-0,27	0,35	-0,77 (*)
Depressão	-0,61	0,35	-1,75 (*)
Perda de controlo emocional/comportamental	-0,38	0,35	-1,11 (*)
Afecto positivo	-0,44	0,35	-1,27 (*)
Laços emocionais	-0,98	0,35	-2,84
Bem-estar psicológico	-0,59	0,35	-1,70 (*)
<i>Distress</i> psicológico	-0,40	0,35	-1,15 (*)
Saúde mental (MHI)	-0,45	0,35	-1,29 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo]-1,96;1,96[

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o género

Género		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Masculino	Rede Social (LSNS)	-0,55	0,48	-1,14 (*)
	Ansiedade	-0,39	0,48	-0,81 (*)
	Depressão	-0,92	0,48	-1,90 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,57	0,48	-1,18 (*)
	Afecto positivo	-0,05	0,48	-0,09 (*)
	Laços emocionais	-0,96	0,48	-2,00 (**)
	Bem-estar psicológico	-0,16	0,48	-0,33 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,61	0,48	-1,26 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,30	0,48	-0,62 (*)
Feminino	Rede Social (LSNS)	0,00	0,47	0,00 (*)
	Ansiedade	-0,11	0,47	-0,24 (*)
	Depressão	-0,38	0,47	-0,80 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,23	0,47	-0,48 (*)
	Afecto positivo	-0,46	0,47	-0,98 (*)
	Laços emocionais	-0,94	0,47	-1,99 (**)
	Bem-estar psicológico	-0,64	0,47	-1,36 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,19	0,47	-0,41 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,39	0,47	-0,82 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo $]-1,96;1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $]-2,56;2,56[$

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o grupo etário

Classes etárias		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
65 a 74	Rede Social (LSNS)	-0,57	0,51	-1,11 (*)
	Ansiedade	-0,70	0,51	-1,37 (*)
	Depressão	-1,09	0,51	-2,13 (**)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,92	0,51	-1,79 (*)
	Afecto positivo	-0,58	0,51	-1,13 (*)
	Laços emocionais	-1,43	0,51	-2,79
	Bem-estar psicológico	-0,81	0,51	-1,57 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,87	0,51	-1,70 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,89	0,51	-1,73 (*)
75 a 84	Rede Social (LSNS)	-0,86	0,58	-1,47 (*)
	Ansiedade	0,27	0,58	0,46 (*)
	Depressão	-0,16	0,58	-0,27 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,17	0,58	-0,30 (*)
	Afecto positivo	-0,34	0,58	-0,59 (*)
	Laços emocionais	-1,08	0,58	-1,86 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,51	0,58	-0,89 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	0,09	0,58	0,15 (*)
	Saúde mental (MHI)	0,00	0,58	0,00 (*)
≥85	Rede Social (LSNS)	-0,58	0,64	-0,91 (*)
	Ansiedade	-0,42	0,64	-0,66 (*)
	Depressão	-0,41	0,64	-0,65 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	0,32	0,64	0,50 (*)
	Afecto positivo	-0,09	0,64	-0,14 (*)
	Laços emocionais	-0,27	0,64	-0,43 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,15	0,64	-0,24 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,34	0,64	-0,54 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,40	0,64	-0,63 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo]-1,96;1,96[; (**) verificou-se simetria para o intervalo]-2,56;2,56[

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na variável queixas de saúde/doenças e para a mesma, segundo o género e o grupo etário

		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Geral		0,72	0,35	2,07 (**)
Género	Masculino	0,67	0,48	1,40 (*)
	Feminino	0,85	0,47	1,80 (*)
Classes etárias	65 a 74	1,28	0,51	2,50 (**)
	75 a 84	0,31	0,58	0,54 (*)
	≥85	0,79	0,64	1,24 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo $]-1,96;1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $]-2,56;2,56[$

Anexo nº 9. Fórmula para cálculo da amostra para o estudo principal

AMOSTRA - Procedimentos utilizados no cálculo

Para estimar a dimensão da amostra utilizei a seguinte fórmula (Scheaffer, R.L.; Mendenhall III, W.; Ott, R. L., 1996):

$$n = \frac{\sum_{i=1}^k N_i p_i q_i}{N \frac{B^2}{4} + \frac{1}{N} \sum_{i=1}^k N_i p_i q_i}, \text{ onde } B \text{ é o erro das estimativas, tendo-se assumido o}$$

valor de 0,05, ou seja foi assumido um erro de 5,0%, para 95,0% de confiança; k o número de estratos (11x2x3=66, onde 11=nº de Concelhos da RAM; 2=géneros e 3=nº de classes etárias); p_i é a proporção de idosos com melhor saúde mental, ou seja, como à partida não existem estudos relacionados com as prevalências para a variável dependente, o valor de $p_i=0,5$; $q_i=1-p_i=0,5$; N é o total de idosos com 65 ou mais anos, da Região Autónoma da Madeira.

Após o cálculo da dimensão da amostra, foi necessário calcular a dimensão de cada k estrato, ou seja, n_i , de acordo com a seguinte fórmula:

$$n_i = n \frac{N_i}{\sum_{i=1}^k N_i}$$

Depois da aplicação da primeira fórmula, a estimativa para a amostra do estudo principal foi de 412 elementos. Através da segunda fórmula foi determinada a dimensão de cada estrato. No entanto, à dimensão de cada um destes foram acrescentados 50,0% mais de idosos, a fim de minimizar as perdas (46,6%) ocorridas no estudo piloto. Assim, a amostra ficou composta por 630 idosos.

Anexo nº 10. Verificação das simetrias – estudo principal

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas

	<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Rede Social (LSNS)	-0,33	0,13	-2,50 (**)
Ansiedade	-0,54	0,13	-4,12
Depressão	-1,04	0,13	-7,87
Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,94	0,13	-7,09
Afecto positivo	-0,04	0,13	-0,29 (*)
Laços emocionais	-0,50	0,13	-3,77
Bem-estar psicológico	-0,09	0,13	-0,68 (*)
<i>Distress</i> psicológico	-0,78	0,13	-5,92
Saúde mental (MHI)	-0,50	0,13	-3,79

(*) verificou-se simetria para o intervalo]-1,96;1,96[; (**) verificou-se simetria para o intervalo]-2,56;2,56[

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o género

Género		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Masculino	Rede Social (LSNS)	-0,38	0,23	-1,69 (*)
	Ansiedade	-0,76	0,23	-3,37
	Depressão	-1,10	0,23	-4,86
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,18	0,23	-5,21
	Afecto positivo	-0,21	0,23	-0,93 (*)
	Laços emocionais	-1,01	0,23	-4,48
	Bem-estar psicológico	-0,35	0,23	-1,53 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,94	0,23	-4,19
	Saúde mental (MHI)	-0,64	0,23	-2,82
Feminino	Rede Social (LSNS)	-0,27	0,16	-1,69 (*)
	Ansiedade	-0,38	0,16	-2,37 (**)
	Depressão	-0,93	0,16	-5,74
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,77	0,16	-4,76
	Afecto positivo	0,17	0,16	1,08 (*)
	Laços emocionais	-0,27	0,16	-1,66 (*)
	Bem-estar psicológico	0,15	0,16	0,91 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,63	0,16	-3,89
	Saúde mental (MHI)	-0,32	0,16	-1,95 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo]-1,96;1,96[; (**) verificou-se simetria para o intervalo]-2,56;2,56[

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o grupo etário

Classes etárias		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
65 a 74	Rede Social (LSNS)	-0,27	0,16	-1,67 (*)
	Ansiedade	-0,62	0,16	-3,77
	Depressão	-1,14	0,16	-6,98
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,98	0,16	-6,00
	Afecto positivo	-0,07	0,16	-0,41 (*)
	Laços emocionais	-0,56	0,16	-3,43
	Bem-estar psicológico	-0,14	0,16	-0,84 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,86	0,16	-5,25
	Saúde mental (MHI)	-0,57	0,16	-3,48
75 a 84	Rede Social (LSNS)	-0,22	0,23	-0,95 (*)
	Ansiedade	-0,34	0,23	-1,45 (*)
	Depressão	-0,51	0,23	-2,20 (**)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,82	0,23	-3,51
	Afecto positivo	0,03	0,23	0,11 (*)
	Laços emocionais	-0,36	0,23	-1,54 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,01	0,23	-0,03 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,53	0,23	-2,26 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,33	0,23	-1,40 (*)
≥85	Rede Social (LSNS)	-0,71	0,64	-1,11 (*)
	Ansiedade	-0,89	0,64	-1,40 (*)
	Depressão	-1,13	0,64	-1,77 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,32	0,64	-2,06 (**)
	Afecto positivo	0,05	0,64	0,07 (*)
	Laços emocionais	-0,37	0,64	-0,59 (*)
	Bem-estar psicológico	0,14	0,64	0,22 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-1,16	0,64	-1,82 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,56	0,64	-0,88 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo $]-1,96;1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $]-2,56;2,56[$

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o concelho

Concelho		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Funchal	Rede Social (LSNS)	-0,16	0,20	-0,82 (*)
	Ansiedade	-0,45	0,20	-2,27 (**)
	Depressão	-0,97	0,20	-4,93
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,06	0,20	-5,39
	Afecto positivo	-0,11	0,20	-0,57 (*)
	Laços emocionais	-0,51	0,20	-2,61
	Bem-estar psicológico	-0,15	0,20	-0,74 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,79	0,20	-4,03
	Saúde mental (MHI)	-0,54	0,20	-2,75
Outros Concelhos	Rede Social (LSNS)	-0,44	0,18	-2,47 (**)
	Ansiedade	-0,61	0,18	-3,48
	Depressão	-1,21	0,18	-6,87
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,86	0,18	-4,87
	Afecto positivo	0,01	0,18	0,05 (*)
	Laços emocionais	-0,49	0,18	-2,76
	Bem-estar psicológico	-0,06	0,18	-0,32 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,82	0,18	-4,65
	Saúde mental (MHI)	-0,50	0,18	-2,86

(*) verificou-se simetria para o intervalo $]-1,96;1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $]-2,56;2,56[$

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o ano de escolaridade

Nível de escolaridade		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Analfabeto	Rede Social (LSNS)	-0,26	0,21	-1,23 (*)
	Ansiedade	-0,43	0,21	-2,06 (**)
	Depressão	-0,76	0,21	-3,62
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,63	0,21	-2,99
	Afecto positivo	0,17	0,21	0,81 (*)
	Laços emocionais	-0,29	0,21	-1,36 (*)
	Bem-estar psicológico	0,14	0,21	0,69 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,54	0,21	-2,59
	Saúde mental (MHI)	-0,27	0,21	-1,27 (*)
De 1 a 11 anos	Rede Social (LSNS)	-0,40	0,17	-2,30 (**)
	Ansiedade	-0,53	0,17	-3,06
	Depressão	-1,29	0,17	-7,49
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,15	0,17	-6,67
	Afecto positivo	-0,16	0,17	-0,91 (*)
	Laços emocionais	-0,60	0,17	-3,49
	Bem-estar psicológico	-0,22	0,17	-1,30 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,93	0,17	-5,38
	Saúde mental (MHI)	-0,64	0,17	-3,74
Superior a 11 anos	Rede Social (LSNS)	-0,09	0,69	-0,12 (*)
	Ansiedade	0,17	0,69	0,24 (*)
	Depressão	-1,65	0,69	-2,41 (**)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,89	0,69	-1,30 (*)
	Afecto positivo	0,32	0,69	0,47 (*)
	Laços emocionais	-0,74	0,69	-1,08 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,12	0,69	-0,17 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,25	0,69	-0,37 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,20	0,69	-0,30 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo $[-1,96; 1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $[-2,56; 2,56[$

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo a situação profissional

Situação profissional		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Reformado	Rede Social (LSNS)	-0,29	0,15	-1,98 (**)
	Ansiedade	-0,42	0,15	-2,85
	Depressão	-0,88	0,15	-5,89
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,88	0,15	-5,88
	Afecto positivo	0,01	0,15	0,06 (*)
	Laços emocionais	-0,53	0,15	-3,55
	Bem-estar psicológico	-0,08	0,15	-0,51 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,67	0,15	-4,52
	Saúde mental (MHI)	-0,41	0,15	-2,77
Trabalhador	Rede Social (LSNS)	-0,60	0,85	-0,71 (*)
	Ansiedade	-1,17	0,85	-1,39 (*)
	Depressão	-2,30	0,85	-2,72
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,96	0,85	-2,32 (**)
	Afecto positivo	-0,75	0,85	-0,89 (*)
	Laços emocionais	-1,44	0,85	-1,70 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,98	0,85	-1,16 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-1,80	0,85	-2,13 (**)
	Saúde mental (MHI)	-1,58	0,85	-1,87 (*)
Doméstica	Rede Social (LSNS)	-0,32	0,62	-0,51 (*)
	Ansiedade	-0,58	0,62	-0,94 (*)
	Depressão	-0,78	0,62	-1,27 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,01	0,62	-1,64 (*)
	Afecto positivo	0,12	0,62	0,20 (*)
	Laços emocionais	-0,05	0,62	-0,08 (*)
	Bem-estar psicológico	0,20	0,62	0,33 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,76	0,62	-1,23 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,38	0,62	-0,62 (*)
Pensionista	Rede Social (LSNS)	-0,45	0,32	-1,40 (*)
	Ansiedade	-0,65	0,32	-2,05 (**)
	Depressão	-1,32	0,32	-4,14
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,04	0,32	-3,27
	Afecto positivo	-0,11	0,32	-0,33 (*)
	Laços emocionais	-0,39	0,32	-1,23 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,10	0,32	-0,32 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,88	0,32	-2,77
	Saúde mental (MHI)	-0,60	0,32	-1,89 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo]-1,96;1,96[; (**) verificou-se simetria para o intervalo]-2,56;2,56[

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na LSNS e MHI e sub escalas, segundo o estado civil

Estado civil		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Solteiro	Rede Social (LSNS)	-0,06	0,41	-0,15 (*)
	Ansiedade	-0,21	0,41	-0,51 (*)
	Depressão	-1,01	0,41	-2,43 (**)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,52	0,41	-1,25 (*)
	Afecto positivo	0,28	0,41	0,68 (*)
	Laços emocionais	-0,57	0,41	-1,37 (*)
	Bem-estar psicológico	0,14	0,41	0,34 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,47	0,41	-1,14 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,24	0,41	-0,58 (*)
	<hr/>			
Casado	Rede Social (LSNS)	-0,21	0,18	-1,18 (*)
	Ansiedade	-0,69	0,18	-3,88
	Depressão	-1,12	0,18	-6,26
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,07	0,18	-5,98
	Afecto positivo	-0,23	0,18	-1,28 (*)
	Laços emocionais	-0,72	0,18	-4,02
	Bem-estar psicológico	-0,34	0,18	-1,88 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,93	0,18	-5,20
	Saúde mental (MHI)	-0,68	0,18	-3,83
	<hr/>			
Separado	Rede Social (LSNS)	-1,25	1,22	-1,02 (*)
	Ansiedade	0,76	1,22	0,62 (*)
	Depressão	-0,94	1,22	-0,76 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,70	1,22	-1,39 (*)
	Afecto positivo	-1,09	1,22	-0,89 (*)
	Laços emocionais	-1,29	1,22	-1,06 (*)
	Bem-estar psicológico	-1,73	1,22	-1,41 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,71	1,22	-0,58 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,94	1,22	-0,76 (*)
	<hr/>			
Divorciado	Rede Social (LSNS)	-1,02	1,22	-0,83 (*)
	Ansiedade	-0,23	1,22	-0,19 (*)
	Depressão	1,29	1,22	1,06 (*)
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-1,18	1,22	-0,96 (*)
	Afecto positivo	-1,41	1,22	-1,16 (*)
	Laços emocionais	1,39	1,22	1,13 (*)
	Bem-estar psicológico	-0,39	1,22	-0,32 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,45	1,22	-0,37 (*)
	Saúde mental (MHI)	-0,43	1,22	-0,35 (*)

Viúvo	Rede Social (LSNS)	-0,21	0,22	-0,92 (*)
	Ansiedade	-0,47	0,22	-2,09 (**)
	Depressão	-1,03	0,22	-4,63
	Perda de controlo emocional/ comportamental	-0,92	0,22	-4,11
	Afecto positivo	0,11	0,22	0,49 (*)
	Laços emocionais	-0,18	0,22	-0,80 (*)
	Bem-estar psicológico	0,16	0,22	0,70 (*)
	<i>Distress</i> psicológico	-0,73	0,22	-3,28
	Saúde mental (MHI)	-0,39	0,22	-1,75 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo $]-1,96;1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $]-2,56;2,56[$

Determinação da medida de simetria para os resultados obtidos na variável queixas de saúde/doenças e para a mesma, segundo as variáveis demográficas

		<i>Skewness</i>	<i>Std. Error</i>	Medida de simetria
Geral		0,80	0,13	6,08
Género	Masculino	1,08	0,23	4,79
	Feminino	0,68	0,16	4,19
Classes etárias	65 a 74	0,83	0,16	5,11
	75 a 84	0,65	0,23	2,78
	≥85	0,99	0,64	1,55 (*)
Concelho	Funchal	0,54	0,20	2,75
	Outros Concelhos	1,04	0,18	5,91
Nível de escolaridade	Analfabeto	0,65	0,21	3,11
	De 1 a 11 anos	0,86	0,17	4,99
	Superior a 11 anos	0,81	0,69	1,17 (*)
Situação profissional	Reformado	0,86	0,15	5,79
	Trabalhador	-0,31	0,85	-0,37 (*)
	Doméstica	0,25	0,62	0,41 (*)
	Pensionista	0,47	0,32	1,47 (*)
Estado civil	Solteiro	0,97	0,41	2,33 (**)
	Casado	1,02	0,18	5,74
	Separado	1,73	1,22	1,41 (*)
	Divorciado	1,73	1,22	1,41 (*)
	Viúvo	0,43	0,22	1,92 (*)

(*) verificou-se simetria para o intervalo $]-1,96;1,96[$; (**) verificou-se simetria para o intervalo $]-2,56;2,56[$

Anexo nº 11. Nagelkerke R Square (R^2) para os diferentes modelos de regressão logística

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena saúde mental

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	297,932	0,442
2	299,713	0,437
3	299,941	0,436
4	300,246	0,436
5	300,698	0,434
6	302,222	0,430

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena saúde mental

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	314,104	0,373
2	314,260	0,372
3	316,933	0,364
4	317,259	0,363
5	317,380	0,362
6	317,909	0,361
7	318,682	0,358
8	321,209	0,350

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena bem-estar psicológico

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	326,778	0,182
2	329,087	0,173
3	331,651	0,163

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena bem-estar psicológico

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	324,117	0,218
2	324,133	0,218
3	324,586	0,216
4	325,100	0,214
5	327,223	0,206
6	329,504	0,198
7	332,157	0,188

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena afecto positivo

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	347,448	0,398
2	352,346	0,384

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena afecto positivo

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	370,067	0,299
2	370,350	0,298
3	370,688	0,297
4	370,994	0,296
5	372,628	0,291
6	375,058	0,283

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena laços emocionais

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	405,356	0,203
2	405,655	0,202
3	406,513	0,199
4	408,298	0,193
5	410,844	0,184

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena laços emocionais

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	392,528	0,261
2	392,533	0,261
3	393,393	0,258
4	395,864	0,250

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena *distress* psicológico

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	266,437	0,343
2	266,534	0,343
3	268,205	0,337
4	270,085	0,330

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena *distress* psicológico

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	297,886	0,195
2	298,252	0,194
3	298,613	0,192
4	300,529	0,184
5	303,011	0,174

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena perda de controlo emocional/comportamental

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	225,772	0,353
2	226,046	0,352
3	226,439	0,351
4	226,857	0,349
5	228,838	0,341

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena perda de controlo emocional/comportamental

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	257,608	0,200
2	257,952	0,199
3	259,296	0,193
4	261,410	0,183

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena depressão

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	157,321	0,277
2	157,533	0,276
3	158,174	0,272
4	158,859	0,268
5	162,969	0,244
6	165,497	0,230

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena depressão

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	180,584	0,142
2	181,878	0,134
3	184,073	0,120

Sumário do 1º modelo de regressão logística à variável endógena ansiedade

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	272,467	0,421
2	272,469	0,421
3	272,473	0,421
4	273,077	0,420
5	273,755	0,417

Sumário do 2º modelo de regressão logística à variável endógena ansiedade

Step	-2 Log likelihood	Nagelkerke R Square
1	314,976	0,278
2	315,218	0,277
3	315,586	0,276
4	316,148	0,274
5	316,780	0,272
6	318,179	0,266
7	320,107	0,260



CITMA

CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA



PROGRAMA OPERACIONAL
PLURIFUNDOS DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA



UNIÃO EUROPEIA
FUNDO SOCIAL EUROPEU