

# O PARADOXO DA INCAPACIDADE DAS PESSOAS MUITO IDOSAS

Lia ARAÚJO, Óscar RIBEIRO

## RESUMO

**Introdução:** O grupo de pessoas com 80 e mais anos é o segmento populacional que mais cresce anualmente e espera-se que até 2050 constitua 3.4% do total da população mundial (UN, 2002). Com o avançar da idade, perdas relacionadas com o processo de envelhecimento traduzem-se numa pior saúde física e funcional, mas são precisamente as pessoas mais velhas, com 80 e mais anos, que avaliam a sua saúde como mais positiva, especialmente quando se compararam com outras pessoas. Este paradoxo constitui uma das grandes contradições da literatura que foca as especificidades do grupo dos muito velhos e sugere a influência de outros factores na mediação entre saúde objectiva e subjectiva. **Objectivo:** Analisar como varia a relação entre a saúde objectiva e a saúde física com o avançar da idade. **Metodologia:** Recorreu-se a uma amostra de 991 pessoas residentes na comunidade, 698 mulheres (70,4%), com idades compreendidas entre os 65 anos e os 101 anos (média de 74,1 anos, SD 6.5). Na recolha de dados utilizou-se o *General Health Questionnaire* e o *Questionário sobre Saúde e Estilos de Vida*. Foi também recolhida informação sociodemográfica. **Resultados:** Análises comparativas entre os grupos etários demonstraram diferenças significativas na saúde subjectiva, objectiva e mental dos indivíduos. O grupo das pessoas muito idosas (n= 207) revelou pior saúde objectiva, com mais pessoas a apresentar incapacidade (AVD e AIVD), pior capacidade de visão e uma melhor auto-percepção de saúde. As diferenças entre grupos de idade ao nível da saúde subjectiva foram mais significativas na questão sobre como comparam a sua saúde em relação a outras pessoas. **Conclusão:** Apesar do comprometimento da capacidade funcional e do aumento de distress psicológico, as pessoas com 80 e mais anos não apresentam, necessariamente, uma saúde física pior, nem uma auto-avaliação mais pessimista do seu estado de saúde, especialmente quando se comparam a outras pessoas. Estes dados demonstram que os mais velhos parecem possuir capacidades que podem ser canalizadas e orientadas para prover à sua própria saúde, pelo que conhecer as características deste grupo, considerado a “elite biológica” da sua geração, permite identificar medidas de promoção de um envelhecimento bem sucedido.

**Palavras chave:** pessoas muito-velhas, paradoxo, saúde objectiva, saúde subjectiva.

## SUMMARY

### Incapacity paradox of very-old people

**Introduction:** People aged 80 years and over are the segment of the population that grows faster, and it is expected that by the year 2050 this group will represent 3.4% of the total population of the world (UN, 2002). With advancing age, despite disability and age-related losses, some people succeed in evaluating their health more positively, especially when comparing with others. This paradox is one of the biggest contradictions in the literature that focus the very-old and suggests the existence of moderating influences in the relation between objective and subjective health. **Objective:** Analyze the dynamic of the relationship between objective health and physical health with advancing age. **Method:** It was used a sample of 991 community-dwelling participants, 698 women (70.4%), with ages between 65 and 101 years (mean age 74.1, SD 6.5). The *General Health Questionnaire* and the *Questionnaire on Health and Lifestyles* were used for collecting data. Socio-demographic information was also collected. **Results:** Comparative analyses showed significant differences in subjective, objective and mental health among age groups. The older group

L.A.: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu. Viseu, Portugal.  
O.R.: UNIFAI/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

(n= 207) was more likely to have worse objective health, with greater levels of disability (ADL and IADL), more vision difficulties, and a better subjective health. Differences between age groups were more significant in the question about how they evaluate their health comparing with other people. Conclusion: Despite the impaired functional capacity and increased psychological distress, people with 80 and more years old don't have a worse physical health or a more pessimistic self-rated health, especially when comparing with others. These results show that older people seem to have capabilities that can be channeled and directed to provide their own health. Knowing the characteristics of this group, considered the "biological elite" of this generation, will help to identify measures to promote successful aging.

Key-words: very old people, paradox, objective health, subjective health.

## INTRODUÇÃO

As investigações centradas no grupo das pessoas idosas com mais idade começam agora a surgir com maior frequência, motivadas, sobretudo, pelo aumento significativo da longevidade humana e da proporção de pessoas com idade avançada. O presente cenário demográfico reforça o estatuto de sociedade envelhecida, caracterizada por uma diminuição do número de jovens a par de um aumento exponencial do número de pessoas idosas, sobretudo do grupo das pessoas com 80 e mais anos, que em Portugal constituiu 4,2% do número de efectivos em 2008 e representará entre 12,7% e 15,8% em 2060<sup>1</sup>.

Na última fase da vida, a heterogeneidade de vivências é maior, facto que se traduz em vários perfis de pessoas muito-velhas e numa grande divergência de resultados nos estudos que focam este grupo. Duas concepções elementares sobre as pessoas mais idosas têm sido realizadas: uma que denomina esta fase da vida como a "quarta idade", e outra que identifica estas pessoas como os "sobreviventes"<sup>2,3</sup>. A primeira perspectiva associa a idade avançada a um aumento de patologias, de perdas cognitivas e da capacidade de aprender, bem como declínio em aspectos relacionados com o bem-estar emocional (e.g., satisfação de vida, solidão)<sup>2</sup>. A segunda perspectiva, mais optimista, refere que estas pessoas já experienciaram grandes perdas ao longo da vida (e.g., problemas de saúde, a morte dos congéneres) e que o aumento do nível de incapacidade não leva necessariamente à desmoralização, pois as pessoas são caracterizadas por um senso de bem-estar e orgulho no seu estatuto de sobreviventes<sup>3</sup>.

Independentemente da perspectiva adoptada, os estudos que comparam diferentes grupos etários têm vindo a demonstrar que os efeitos da doença e da incapacidade na saúde subjectiva e mental podem variar dentro do grupo das pessoas idosas, com valores significativamente diferentes no sub-grupo das pessoas com 80 e mais anos. Na verdade, quando se analisa a auto-percepção da saúde dos idosos mais velhos, verifica-se que existem resultados distintos, podendo verificar-se referências de que a saúde

subjectiva melhora ou mantém-se estável ao longo dos anos (i.e. revelando-se independente da idade), ou de que existe uma pior percepção no grupo dos mais velhos. Este facto é apresentado por Pinquart<sup>4</sup> que, decorrente de uma meta-análise de estudos longitudinais, sistematiza os estudos que suportam a noção de que a saúde subjectiva declina com a idade. Os principais fundamentos por ele apresentados são de que (i) a idade avançada é caracterizada pela multi-morbilidade, a acumulação de condições médicas e doenças; (ii) o aumento de condições crónicas e fragilidade aumenta a preocupação com as sensações do corpo; (iii) verifica-se aumento da incidência de hipocondria com a idade. Mas por outro lado, alguns dos estudos analisados revelam que a auto-avaliação de saúde não piora com a idade. As justificações para este facto são de que (i) a saúde percebida não depende unicamente das condições objectivas de saúde, mas também de outros factores, como por exemplo, a comparação da saúde individual com o estado de saúde dos conhecidos, principalmente daqueles em pior condição a esse nível; (ii) as pessoas mais idosas poderão compensar alguns problemas de saúde ao desconsiderarem a sua importância; (iii) uma vez que a percepção de saúde pode influenciar a longevidade, os mais velhos (sobreviventes) podem perceber melhor a saúde; (iv) as pessoas com mais problemas de saúde tendem a não participar tanto em estudos de investigação, pelo que poderá estar a ser subestimada a influência da idade na auto-percepção de saúde<sup>4</sup>.

Desta forma, prevalece a diferença entre o estado objectivo de saúde, que declina com os anos, e a percepção de saúde, que não piora necessariamente, isto é, a relação entre saúde objectiva e subjectiva parece ir perdendo força com o passar dos anos. A discrepância entre indicadores objectivos e subjectivos constitui um dos grandes paradoxos da literatura gerontológica. Inicialmente, começou por ser verificado nos estudos empíricos que comparavam adultos jovens com adultos idosos, em que as pessoas idosas, apesar de experienciarem perdas em vários domínios (físico, mental e social), demonstraram uma estabilidade ao nível da sua auto-estima e satisfação

de vida<sup>5,6,7</sup>.

Mais recentemente, este paradoxo tem sido estudado na comparação entre diferentes grupos de idades (“idosos” vs “muito-idosos”), constituindo uma das grandes contradições da literatura que foca as especificidades do grupo dos muito velhos<sup>4</sup>. Esta discrepância leva a crer que existem outros factores que influenciam este processo, pois apesar de os indicadores de saúde física terem uma influência importante na percepção dos idosos da sua condição, eles não a explicam por completo. Algumas soluções têm sido apresentadas para explicar esta contradição, nomeadamente a capacidade de resiliência e o fenómeno de comparação social<sup>2</sup>. Apesar desta primeira ser tradicionalmente associada à infância e adolescência, recentemente têm surgido investigações que procuram estudar este conceito ao longo do ciclo de vida, sendo que os resultados apontam para a evidência de resiliência em idades muito avançadas, que se traduz na capacidade de adaptação aos constrangimentos relacionados com a idade. Os recursos internos, estilo de *coping* e investimento na vida pessoal<sup>8</sup>, a par das relações sociais<sup>9</sup>, têm sido apontados como os principais factores protectores e facilitadores da resiliência, e que, conseqüentemente, promovem uma percepção de saúde positiva na idade avançada. Já no que se refere aos pressupostos da Teoria de Comparação Social<sup>7</sup>, em situações ambíguas, como a vivência de doença crónica, a auto-percepção de bem-estar passa-se a basear mais na comparação com os outros do que em padrões objectivos. Baltes e Baltes<sup>5</sup>, na sua perspectiva de envelhecimento bem sucedido, afirmam que as pessoas idosas podem manter uma elevada adaptação às múltiplas perdas, ao se compararem com outras pessoas.

O aumento crescente da longevidade humana e da representatividade do grupo dos muito-velhos, aumenta o interesse por conhecer as especificidades deste grupo, para que possam ser assim antecipadas as necessidades de um futuro próximo. Nomeadamente, estudar a forma como é auto-percebida a sua saúde, que tem sido apontada como uma das variáveis com relação directa na utilização dos serviços de saúde<sup>10</sup>. O objectivo do presente estudo é investigar, numa amostra de idosos Portugueses muito velhos residentes na comunidade, a relação que se estabelece entre a saúde objectiva e a saúde subjectiva, determinando a existência do denominado “paradoxo da incapacidade”.

## POPULAÇÃO

A amostra compreende 991 pessoas, 698 mulheres (70,4%) e 293 homens (29,6%), com idades compreendidas entre os 65 e os 101 anos (média = 74,1, SD 6.5). A maioria (51,1%) é casada ou vive em união de facto, 36,8% são viúvos, 8,2% solteiros e 2,9% divorciados. Um número

elevado de pessoas nunca frequentou a escola (24,3%) e 59,3% frequentaram o ensino primário. Relativamente à proveniência da amostra, 69,6% das pessoas vivem em zona urbana e 30,4% em zona rural, e são oriundas de Portugal continental (66,4%), da Região Autónoma da Madeira (23,7%) e da Região Autónoma dos Açores (9,9%). Grande parte vive com alguém (73,2%), principalmente com o cônjuge (38,7%) e/ ou filhos (14,2%).

## MÉTODOS

Além das questões relativas à identificação geral dos sujeitos (informação sobre a idade, sexo, estado civil, educação e residência - rural vs urbano), utilizaram-se alguns itens da *Escala de Saúde e Estilos de Vida* e o *General Health Questionnaire*. Este último é uma versão reduzida do questionário original (GHQ-60), desenvolvido por Goldberg para avaliar perturbações psiquiátricas minor<sup>11</sup>, usualmente utilizado como indicador único de distress psicológico, especialmente de depressão. Neste estudo, optando-se por uma cotação dicotomizada, é utilizado um ponto de corte de 4, para identificar os casos de distress psicológico, uma vez que este critério é amplamente recomendado por diversos autores em estudos com pessoas idosas<sup>12,13</sup>. Informação relativa à saúde subjectiva foi avaliada através de duas questões “em geral considera que a sua saúde é...?”, “comparando com as pessoas próximas consideram que a sua saúde é...?”, cujas respostas variam numa escala do tipo Likert, entre “muito boa”, “boa”, “aceitável”, “fraca” ou “muito fraca”. Na saúde física, os participantes foram questionados sobre a presença de doenças para as quais tomavam alguma medicação (tendo por base uma lista de enfermidades mais comuns), sobre a visão (considerando o recurso a óculos ou lentes de contacto) e sobre a audição (considerando o recurso a aparelho auditivo). A funcionalidade, básica e instrumental, foi medida através de uma *Escala de Actividades de Vida Diária* nas quais os participantes indicam o grau de dificuldade na realização de actividades.

Recorreu-se a uma amostra que deriva de um estudo transversal sobre envelhecimento activo, o Projecto DIA ([www.projectodia.com](http://www.projectodia.com)), desenvolvido pela Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UniFai/ICBAS-UP). Os sujeitos da amostra foram recrutados através de anúncios de jornais, recursos da comunidade (e.g. associações e centros de dia) e de referências a sujeitos que iam surgindo aquando do estudo (método bola de neve). As entrevistas foram conduzidas no domicílio das pessoas por profissionais com formação na área da Gerontologia, tendo sido devidamente treinados para o efeito. Na recolha dos dados foram salvaguardados os devidos requisitos éticos, nomeadamente a obtenção do consentimento informado. Na análise de dados utilizou-

se uma análise descritiva das variáveis seleccionadas, controlando diferentes variáveis sociodemográficas, em três grupos etários: 65-69 anos (N=290), 70-79 anos (N=494) e 80+ anos (N=207), com recurso ao SPSS.17 (Statistical Package for Social Sciences, versão 17), tendo sido considerado o valor  $\alpha=0.05$  como nível de significância.

## RESULTADOS

Do total da amostra, 207 (21%) indivíduos têm 80 e mais anos de idade. São maioritariamente do sexo feminino (66,2%), e o grau de escolaridade mais frequente corresponde ao ensino básico (57,9%). Com o avançar da idade verifica-se um aumento do número de pessoas viúvas (57,8%) e de pessoas a residir sozinhas (35,6%).

Tal como apresentado na Tabela 1, pode-se verificar

Tabela 1. Indicadores de saúde por grupos de idade

|                         |  | 65-69<br>N (%) | 70-79<br>N (%)    | $\geq 80$<br>N (%) | P      |
|-------------------------|--|----------------|-------------------|--------------------|--------|
| <b>Saúde Subjectiva</b> | Auto-avaliação de saúde geral                    |                |                   |                    |        |
|                         | Muito boa/ Boa                                   | 74 (25,8)      | 107 (21,9)        | <b>52 (26,1)</b>   | 0,269  |
|                         | Aceitável  | 139 (48,4)     | 247 (50,5)        | <b>84 (42,2)</b>   |        |
|                         | Fraca/ Muito fraca                               | 74 (25,8)      | 135 (27,6)        | <b>63 (31,7)</b>   |        |
|                         | Auto-avaliação de saúde comparando com o passado |                |                   |                    |        |
|                         | Muito boa/ Boa                                   | 42 (14,6)      | 72 (14,8)         | <b>29 (14,6)</b>   | 0,052  |
|                         | Aceitável  | 162 (56,4)     | 245 (50,3)        | <b>87 (43,7)</b>   |        |
|                         | Fraca/ Muito fraca                               | 83 (28,9)      | 170 (34,9)        | <b>83 (41,7)</b>   |        |
|                         | Auto-avaliação de saúde comparando com os outros |                |                   |                    |        |
| Muito boa/ Boa          | 98 (34,1)  | 205 (42,3)     | <b>93 (47,7)</b>  | <0,05              |        |
| Aceitável               | 146 (50,9)                                       | 199 (41,0)     | <b>72 (36,9)</b>  |                    |        |
| Fraca/ Muito fraca      | 43 (15,0)  | 81 (16,7)      | <b>30 (15,4)</b>  |                    |        |
| <b>Saúde objectiva</b>  | Diagnósticos médicos                             |                |                   |                    |        |
|                         | Sem diagnósticos                                 | 43 (14,8)      | 49 (9,9)          | <b>34 (16,4)</b>   | 0,08   |
|                         | 1 ou 2 diagnósticos                              | 148 (51,0)     | 223 (45,1)        | <b>87(42,0)</b>    |        |
|                         | 3 ou mais diagnósticos                           | 99 (34,1)      | 222 (44,9)        | <b>86 (41,5)</b>   |        |
|                         | Capacidade de visão                              |                |                   |                    |        |
|                         | Muito boa/ Boa                                   | 154 (65,0)     | 200 (48,8)        | <b>59 (37,6)</b>   | < 0,05 |
|                         | Aceitável  | 60 (25,3)      | 146 (35,6)        | <b>50 (31,8)</b>   |        |
|                         | Fraca/ Muito fraca                               | 23 (9,7)       | 64 (15,6)         | <b>48 (30,6)</b>   |        |
|                         | Capacidade de audição                            |                |                   |                    |        |
|                         | Não usa aparelho e audição muito boa/ boa        | 198 (69,2)     | 284 (58,9)        | <b>70 (36,3)</b>   | < 0,05 |
|                         | Não usa aparelho e audição aceitável             | 71 (24,8)      | 127 (26,3)        | <b>67 (34,7)</b>   |        |
|                         | Não usa aparelho e audição fraca/ muito fraca    | 15 (5,2)       | 60 (12,4)         | <b>52 (26,9)</b>   |        |
|                         | Usa aparelho                                     | 2 (0,7)        | 11 (2,3)          | <b>4 (2,1)</b>     |        |
|                         | AVD  |                |                   |                    |        |
|                         | Sem dificuldade                                  | 172 (59,3)     | 247 (50,0)        | <b>60 (29,0)</b>   | <0,05  |
| Com dificuldade         | 118 (40,7)                                       | 247 (50,0)     | <b>147 (71,0)</b> |                    |        |
| AIVD                    |  |                |                   |                    |        |
| Sem dificuldade         | 167 (57,6)                                       | 232 (47,0)     | <b>58 (28,0)</b>  | <0,05              |        |
| Com dificuldade         | 123 (42,4)                                       | 262 (53,0)     | <b>149 (72,0)</b> |                    |        |
| <b>Saúde mental</b>     | Distress psicológico                             |                |                   |                    |        |
|                         | Sem distress                                     | 223 (76,9)     | 367 (74,3)        | <b>135 (65,2)</b>  | < 0,05 |
|                         | Com distress                                     | 67 (23,1)      | 127 (25,7)        | <b>72 (34,8)</b>   |        |

que existe uma associação significativa entre a saúde subjectiva, a saúde objectiva e a saúde mental, e os grupos de idade, na maior parte das variáveis consideradas. No que diz respeito à saúde subjectiva, apenas quando se comparam a outras pessoas, os grupos revelaram diferenças significativas. Esta percepção melhora com o avançar da idade: de 34,1% que considera a sua saúde “boa” ou “muito boa” (entre os 65 e os 69 anos), para 42,3% (grupo dos 70 aos 79 anos) e para 47,7% (pessoas com 80 e mais anos). Na saúde objectiva, as diferenças significativas verificam-se na capacidade de visão e audição, bem como nas actividades de vida diária (básicas e instrumentais). Para todas estas verifica-se um aumento das dificuldades no grupo dos muito velhos. Relativamente ao número de diagnósticos médicos, apesar de não se registarem diferenças significativas, é o grupo cujas idades se situam entre os 70 e os 79 anos que apresenta um maior número de pessoas com 3 ou mais diagnósticos e um menor número de pessoas sem qualquer diagnóstico. No que se concerne à saúde mental, a prevalência de distress psicológico na amostra total foi de 26,8%. Verifica-se um aumento com o avançar da idade, com 23,1% no grupo mais novo (65-69 anos), 25,7% no grupo intermédio (70-79 anos) e 34,8% no grupo dos mais velhos (80 e mais anos), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas.

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

Ao associarmos uma variável representativa da discordância entre saúde objectiva e subjectiva (1 - “pessoas que percebem a saúde como boa/ muito boa e têm 3 ou mais diagnósticos”, 2 - “pessoas que percebem a saúde como má/ muito má e sem diagnósticos”; 3 - “todos os restantes”) com os grupos de idade, constatou-se a existência de uma associação significativa ( $p < 0.05$ ), sendo que é no grupo

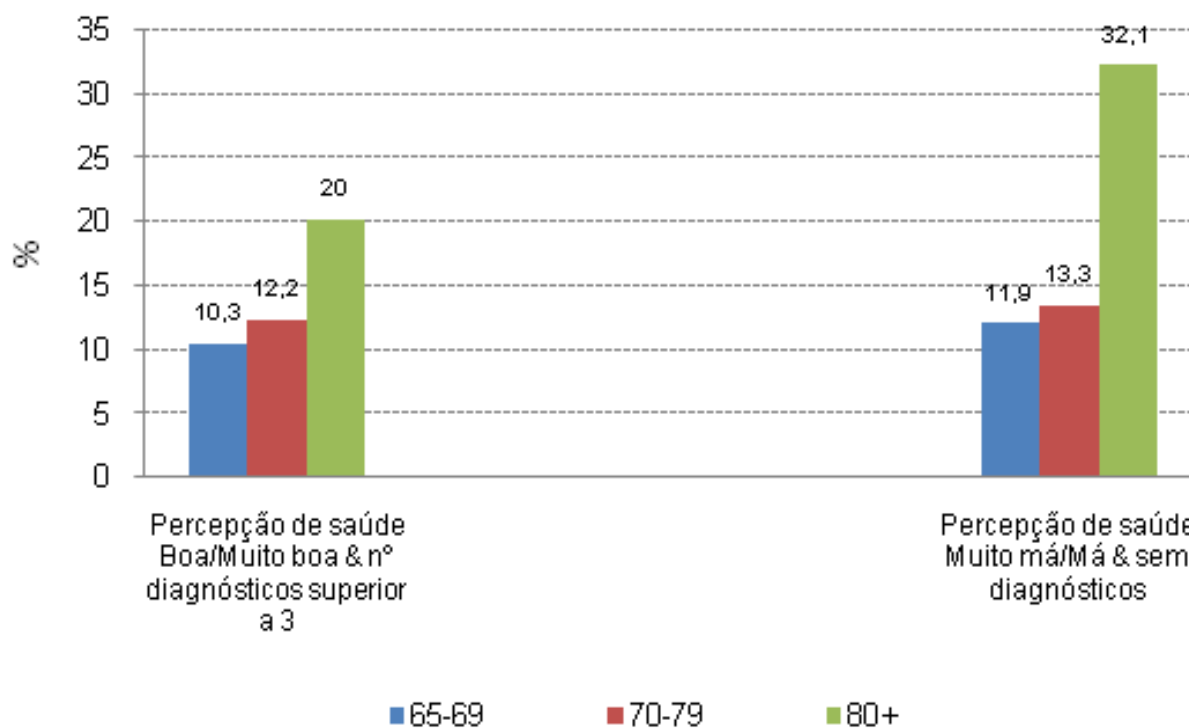


Fig. 1. Auto-percepção de saúde “boa/muito boa” e n° diagnósticos igual ou superior a 3 vs auto-percepção de saúde “má/muito má” e sem diagnósticos



Tabela 2. Discordância entre a auto-avaliação de saúde e nº de diagnósticos médicos por grupos de idade.

|   | 65-69<br>N (%) | 70-79<br>N (%) | >=80<br>N (%) | Total<br>N (%) | P     |
|---|----------------|----------------|---------------|----------------|-------|
| Auto-avaliação de saúde muito boa/ boa & sem diagnósticos               | 10 (3,5)       | 27 (5,5)       | 17 (8,8)      | 54 (5,5)       |       |
| Auto-avaliação de saúde fraca/ muito fraca & com 3 ou mais diagnósticos | 5 (1,7)        | 6 (1,2)        | 9 (4,5)       | 20 (2,1)       | <0,05 |
| Todos os restantes  | 272 (94,8)     | 456 (93,3)     | 173 (86,9)    | 901 (92,4)     |       |

dos mais velhos que se verifica o maior número de casos das primeiras duas categorias da variável (1 - “pessoas que percebem a saúde como boa/ muito boa e têm 3 ou mais diagnósticos”, 2- “pessoas que percebem a saúde como má/ muito má e sem diagnósticos”) (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

Ao analisar as variáveis sociodemográficas por grupos de idade verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas, o que nos leva a considerar e a reforçar, em primeira instância, a assumpção de que as pessoas idosas não constituem um grupo homogéneo, conforme o têm atestado vários estudos que apontam para a grande variabilidade que existe dentro das diferentes categorias etárias (e.g., Menec & Chipperfield, 1997)<sup>14</sup>. Na amostra deste estudo, o grupo das pessoas com 80+ anos é sobretudo feminino (66.2%) e constituído maioritariamente por pessoas analfabetas ou com baixo grau de escolaridade, por pessoas viúvas e que vivem sozinhas. Estes dados estão de acordo com o que tem sido demonstrado nos últimos relatórios estatísticos nacionais<sup>1,15</sup>, bem como com o perfil que tem vindo a ser definido na literatura internacional para este grupo etário<sup>16,17</sup>.

A análise dos indicadores objectivos de saúde demonstra que existe uma deterioração global com a idade, com uma diminuição da capacidade de visão e de audição e um aumento do número de pessoas com comprometimento funcional, sendo maior o número de pessoas com dificuldade nas actividades instrumentais do que nas actividades básicas de vida diária. Os mesmos resultados foram encontrados no *Berlin Aging Study* (BASE), um dos estudos pioneiros sobre as pessoas de idade mais avançada (70-101 anos), que verificou uma deterioração significativa da capacidade funcional com o avançar da idade<sup>2</sup>.

Relativamente à presença de diagnósticos médicos, não foi encontrada evidência de um aumento do seu número com o avançar da idade; com efeito, é precisamente

no grupo das pessoas mais velhas que existe uma maior percentagem de pessoas sem diagnósticos. Este facto reforça o estatuto de sobreviventes das pessoas com 80 e mais anos, tal como documentado por Johnson e Barer<sup>3</sup>.

Ao nível da saúde subjectiva, verifica-se que este grupo (80+) faz uma apreciação da sua saúde como melhor comparativamente aos restantes dois grupos considerados (65-69 e 70-79 anos), o que vai ao encontro dos dados recolhidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, que referem uma diminuição progressiva, a partir dos 55 anos até aos 84 anos, do número de pessoas que avalia a sua saúde como “muito boa/”boa” e uma auto-avaliação mais positiva da saúde a partir dos 85 anos, a par de uma diminuição do número de pessoas que considera a sua saúde como “má” e “muito má”<sup>18,19</sup>.

Os nossos resultados suportam, assim, a evidência do paradoxo sustentado por vários autores<sup>4,20,21,22</sup>, na medida em que no grupo dos muito velhos verificaram-se piores resultados de saúde objectiva, mas não necessariamente uma pior auto-avaliação de saúde. São exactamente as pessoas com 80 e mais anos que na presença de doenças avaliam a sua saúde como mais positiva, o que sugere uma diminuição dos efeitos da capacidade funcional e física na apreciação do estado de saúde<sup>16</sup>. Com o avançar da idade parecer haver uma alteração do padrão de avaliação da saúde, em que os indicadores objectivos contribuem apenas para uma parte da variância da saúde subjectiva, e um aumento da resiliência e da capacidade de adaptação às perdas de ordem física e funcional.

No nosso estudo, as diferenças mais significativas entre grupos de idades verificaram-se na auto-avaliação de saúde comparativamente com outras pessoas, sendo que são os mais velhos que fazem uma avaliação melhor. Analisando este facto à luz da Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida<sup>23,24</sup>, que defende que os indivíduos percorrem um processo contínuo de ganhos e perdas ao longo do seu desenvolvimento humano e em que nos últimos anos de vida as perdas vão sendo gradualmente superiores, parece haver um mecanismo adaptativo em que as pessoas passam a desenvolver mais processos de comparação com os congéneres<sup>22</sup>. Ao serem consideradas (por si e muito

provavelmente por outros) como “sobreviventes” ou “casos especiais” do seu grupo, e tendo por comparação a prevalência mais elevada de doença e incapacidade que existe entre os seus parceiros<sup>4</sup>, estas pessoas terão, muito provavelmente, uma melhor auto-imagem e auto-estima, o que contribui, por concomitância, para uma auto-percepção de saúde mais positiva<sup>25</sup>. Este fenómeno evidencia que os pressupostos da Teoria de Comparação Social tornam-se ainda mais significativos no grupo dos muito-velhos. Por outro lado, as pessoas mais idosas tendem a considerar os problemas de saúde como perdas coexistentes ao fenómeno de envelhecimento, mais do que problemas de saúde, pelo que estas condições poderão tornar-se mais aceitáveis para eles<sup>16,26</sup> e não uma razão que mude necessariamente a percepção que têm do seu estado de saúde<sup>27</sup>.

## CONCLUSÕES

O presente estudo, assumindo como objectivo contribuir para a investigação gerontológica nacional ao providenciar informação sobre os muito-velhos, nomeadamente no que concerne à sua saúde, revela que as suas várias dimensões, objectiva, subjectiva e de estado psicológico não só são importantes na vida das pessoas idosas, como parecem assumir contornos específicos à medida que consideramos as idades mais avançadas. A relação que se estabelece entre a saúde subjectiva e a saúde objectiva demonstra que os mais velhos parecem possuir capacidades que podem ser canalizadas e orientadas para prover à sua própria saúde, o que pode contribuir para os proteger das consequências emocionais negativas provocadas por problemas físicos e pelo aumento das dificuldades do quotidiano nos anos avançados de vida.

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

### Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. INE, Instituto Nacional de Estatística & INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa. INE & INSA 2009.
2. BALTES, P, MAYER, K (Eds). The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. USA. Cambridge University Press 2001.
3. JOHNSON, C, BARER, B: Life Beyond 85 Years: The Aura of Survivorship. New York. Springer 1997.
4. PINQUART, M: Correlates of Subjective Health in Older Adults: A Meta-analysis. *Psychol Aging* 2001; 16(3): 414-426.
5. BALTES P, BALTES M: Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge. Cambridge University Press 1990.
6. BRANDSTADTER, J, GREVE, W: The Aging Self: Stabilizing and Protective Process. *Dev Rev* 1994; 14: 52-80.
7. HELGESON, V, MICKELSON, K: Coping with Chronic Illness among the Elderly: Maintaining Self-Esteem. In: S. Manuck, R. Jennings, B. Rabin & A. Baum, eds. *Behavior, Health and Aging*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates Publishers 2000; 153-178.
8. STAUDINGER, U, FLESSON, W: Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? *Dev Psychopathol* 1996; 8: 867-885.
9. FULLER-IGLESIAS, H, SELLARS, B, ANTONUCCI, T: Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development* 2008; 5: 181-193.
10. PIMENTA, F, AMARAL, C, TORRES, H, REZENDE, N: Auto-percepção de Saúde em Reformados e sua Associação com o Uso de Serviços de Saúde. *Acta Med Port* 2010; 23: 101-106.
11. GOLDBERG, D, BLACKWELL, B: Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *Brit Med J* 1970; 2: 439-443.
12. BOWLING, A: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham. Open University Press 1991.
13. PAÚL, C, RIBEIRO, O: Psychological Distress in Very Old Women. In: William Hansson, Erik Olsson, eds. *New Perspectives on Women and Depression*. New York: Nova Science Publishers 2008; 194 – 209.
14. MENEZES, V, CHIPPERFIELD, J: The Interactive Effect of Perceived Control and Functional Status on Health and Mortality among Young-Old and Old-Old Adults. *J Gerontol* 1997; 52B(3): P118-P126.
15. OLIVEIRA, C, ROSA, M, PINTO, A, BOTELHO, M, MORAIS, A, VERÍSSIMO, M: Estudo do perfil do envelhecimento da população Portuguesa. Coimbra. Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 2008.
16. JANG, Y, POON, L, MARTIN, P: Individual Differences in the Effects of Disease and Disability on Depressive Symptoms: The Role of Age and Subjective Health. *Int J Aging Hum Dev* 2004; 59: 125-137.
17. PAÚL, MC: Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In: Rócio Fernández-Ballesteros, eds. *Geropsychology: European Perspectives for an Aging World*. Germany. Hogrefe and Huber 2007; 128-144.
18. INE, Instituto Nacional de Estatística, INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa. INE & INSA 2009.
19. RIBEIRO, O, PAÚL, MC: Envelhecimento Activo. In: O. Ribeiro & C. Paúl, coords. *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa. Lidel 2011.
20. ALBRECHT, G & DEVLIEGER, P: The disability paradox: High quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 1999; 48: 977-988.
21. CAPPELIZ, P, SÈVRE-ROUSSEAU, S, LANDREVILLE, P, PRÉVILLE, M: Physical Health, Subjective Health, and Psychological distress in Older adults: Reciprocal Relationships Concurrently and Over Time. *Aging Inter* 2004; 29(3): 247-266.
22. HENCHOZ, K, CAVALLI, S, GIRARDIN, M: Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *J Aging Stu* 2008; 22: 282-290.
23. BALTES, PB: Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Dev Psycho* 1987; 23: 611-626.
24. FONSECA, A.M: *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi 2005.
25. RAKOWSKI, W, CRYAN, C: Associations among Health Perceptions and Health Status within three age groups. *J Aging Health* 1990; 58: 58-78.
26. MARTIN, P, ROTT, C, POON, L, COURTENARY, B, LEHR, U: A Molecular View of Coping Behavior in Older Adults. *J Aging Health* 2001; 13: 72-91.
27. WURM, S, TOMASIK, M, TESCH-ROMER, C: Serious health events and their Impact on Changes in Subjective Health and Life satisfaction: The Role of Age and a Positive View on Ageing. *Eur J Ageing* 2008; 5: 117-127.

