



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**PERCEÇÃO DE SAÚDE E OTIMISMO EM IDOSOS
NO GRANDE PORTO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada

Por

Paulo Guilherme Sobral Pinheiro Távora Rua

Porto, 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

PERCEÇÃO DE SAÚDE E OTIMISMO EM IDOSOS
NO GRANDE PORTO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada

Por

Paulo Guilherme Sobral Pinheiro Távora Rua

Sob a orientação da Prof. Doutora Beatriz Rodrigues Araújo

Porto, 2018

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Beatriz Araújo pela ajuda, paciência, compreensão, pelo seu incentivo e força em acreditar que este trabalho seria possível. Agradeço a aprendizagem que me permitiu desenvolver e aperfeiçoar.

Ao Professor Luís Sá pela orientação inicial e incentivo em realizar este estudo.

Ao Professor Carlos Laranjeira pela sua solicitude em permitir utilizar as escalas presentes neste trabalho.

Aos Idosos que preencheram os inquéritos, cuja vontade em contribuir para a investigação permitiu a conclusão deste trabalho.

À minha mãe Alda que acredita em mim todos os dias desde que nasci.

Ao meu Chefe, Enfermeiro António Sousa Vale pelo incentivo à realização desta investigação.

RESUMO

Introdução: o envelhecimento da população portuguesa e mundial é um facto. Sempre se envelheceu. Porém se antes falávamos em envelhecimento individual, hoje estamos, também, perante o envelhecimento coletivo da sociedade como um todo.

Objetivos: relacionar a perceção global de saúde com o otimismo em idosos do Grande Porto; e avaliar o impacto da ansiedade, sintomas somáticos, sexo, idade, escolaridade e estado civil no otimismo em idosos no Grande Porto.

Material e métodos: realizamos um estudo do tipo correlacional, numa amostra não probabilística, tipo “bola de neve”, de 118 idosos; sendo elegíveis idosos com 65 ou mais anos de idade, discurso coerente e orientado no tempo e no espaço. Utilizamos como instrumentos de recolha de dados o Questionário General Health Questionnaire 12 e o Life Orientation Test – Revised.

Resultados: na amostra estudada, o sexo não parece interferir com a perceção de saúde dos idosos e o seu otimismo. As variáveis idade, escolaridade e estado civil não influenciam os níveis de otimismo dos idosos em estudo. Na relação entre a perceção de saúde e a escolaridade verificaram-se níveis médios a elevados de escolaridade relacionados com uma melhor perceção de saúde. Os idosos divorciados apresentavam melhor bem-estar psicológico. Também, os idosos com 85 e mais anos tinham níveis mais baixos de “Ansiedade” e idosos com 75 a 84 anos apresentavam níveis mais baixos de “Depressão”.

Da análise da relação entre a perceção global de saúde e o otimismo dos idosos obtiveram-se valores que refletem uma associação moderada negativa entre o otimismo e a perceção global de saúde nos idosos. O fator “Ansiedade” do General Health Questionnaire – 12 (perceção global de saúde) destacou-se como o fator com maior poder preditivo do otimismo.

Conclusões: Um maior otimismo relativamente ao envelhecimento pode contribuir para uma melhor auto-avaliação do estado de saúde e do bem-estar dos mais velhos. Neste contexto, parece relevante o investimento da enfermagem na área do envelhecimento/pessoas idosas, também, pela análise do seu bem-estar relacionado com os seus níveis de otimismo. Salientamos a necessidade de em investigações futuras considerar outras variáveis (origem rural/urbana dos idosos, nível socioeconómico, situação ou não de institucionalização em Estruturas Residenciais para Idosos e os modelos de intervenção de Enfermagem) e verificar de que forma poderão influenciar a qualidade e perceção global de saúde dos idosos.

Palavras-chave: Perceção global de saúde, Otimismo, Envelhecimento, Bem-Estar

ABSTRACT

Introduction: the aging of the Portuguese and world population is a fact. People always got old. Although historically we spoke of individual aging, today are facing with the collective aging of society as a whole.

Objectives: to relate global health perception to optimism in the elderly in Greater Porto; and evaluate the impact of anxiety, somatic symptoms, age, sex, education and marital status on optimism in the elderly in Greater Porto.

Material and methods: we carried out a correlational study in a non-probabilistic, "snowball" type sample of 118 elderly people; being eligible elderly individuals over 65 years of age with a coherent and oriented in time and space speech. We used the General Health Questionnaire 12 and the Life Orientation Test - Revised as data collection instruments.

Results: in the studied sample, sex does not seem to interfere with the elderly's perception of health and their optimism. The variables age, schooling and marital status do not influence the levels of optimism of the elderly in the study. In the relationship between health perception and schooling, there were medium to high schooling levels related to a better health perception. The divorced elderly had better psychological well-being. Also, the elderly aged 85 and older had lower levels of "Anxiety" and elderly people aged 75-84 had lower levels of "Depression." From the analysis of the relation between the global health perception and the optimism of the elderly, we obtained values that reflect a moderate negative association between optimism and global health perception in the elderly. The "Anxiety" factor from the General Health Questionnaire 12 (global health perception) stood out as the factor with greater predictive power of optimism.

Conclusions: An increased optimism regarding the aging can contribute to a better self-reported health status and well-being of older people. In this context, it seems relevant the investment of nursing in the field of aging/elderly, too, by the analysis of its related well-being with their optimism levels. We emphasize the need for future research to consider other variables (rural/urban origin of the elderly, socioeconomic level, institutionalization in Residential Structures for the Elderly and nursing intervention models) and verify how they may influence the quality and overall health perception of the elderly.

Keywords: Self-perceived health status, optimism, ageing, well-being

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AEEASG - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações

CE – Comissão Europeia

CI – Consentimento Informado

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

EXCELSA - Cross-European Longitudinal Study of Aging

GHQ - 12 - General Health Questionnaire 12

GHQ - 28 - General Health Questionnaire 28

IB - UCP – Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

LOT – Life Orientation Test

LOT - R – Life Orientation Test – Revised

NUTS 3 – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos 3

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

KMO - Teste de Kaiser-Meyer-Olkin

REPE – Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TEB – Teste de Esfericidade de Bartlett

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UE – União Europeia

UNDP – United Nations Development Programme

UNECE – United Nations Economic Commission for Europe

VIH – Vírus de Imuno-deficiência Adquirida

WHOQOL – World Health Organization of Quality of Life

ÍNDICE GERAL

	Pág
AGRADECIMENTOS	7
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	11
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO: DESAFIOS E OPORTUNIDADES	19
1.1 O envelhecimento da população portuguesa no contexto europeu	19
1.2 Envelhecimento ativo e saudável	24
1.3 Bem-estar e otimismo no processo de envelhecimento	28
CAPÍTULO 2 – JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	41
CAPÍTULO 3 - MATERIAL E MÉTODOS	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Amostra	43
3.3 Hipóteses de Investigação	44
3.4 Instrumentos	45
3.4.1 General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)	45
3.4.2 Life Orientation Test – Revised (LOT-R)	49
3.5 Procedimentos de recolha e análise de dados	50
3.6 Considerações éticas	51
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	69
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	91
Anexo I – General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)	92
Anexo II – Pedido de autorização ao autor para a utilização do GHQ-12	97
Anexo III – Versão Portuguesa da escala LOT-R	100
Anexo IV – Pedido de autorização ao autor para a utilização da LOT-R	102
Anexo V – Modelo de Consentimento Informado	105
Anexo VI – Questionário de Caracterização Sócio Demográfica	108
Anexo VII – Parecer ético pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica do Centro Regional do Porto	110

ÍNDICE DE TABELAS

		Pág
Tabela 1	Caracterização da amostra	55
Tabela 2	Resultados da análise fatorial do GHQ-12	57
Tabela 3	Análise da consistência interna do GHQ-12 e das dimensões	58
Tabela 4	Resultados da análise fatorial do LOT-R	59
Tabela 5	Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens do LOT-R	60
Tabela 6	Resultados nos níveis de otimismo e de percepção global de saúde em função do sexo	61
Tabela 7	Resultados no otimismo em função da idade, escolaridade e estado civil dos idosos	62
Tabela 8	Resultados da percepção global de saúde em função da idade, escolaridade e estado civil dos idosos	65
Tabela 9	Coeficientes de correlação entre a percepção global de saúde e o otimismo dos idosos	67
Tabela 10	Resultados da análise de regressão das dimensões do GHQ-12, da idade e do sexo no otimismo, na amostra total	68

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa e europeia é uma realidade preocupante e alarga-se a grande parte do mundo. Representa uma conquista do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública, constituindo paralelamente um desafio de adaptação da sociedade (OMS, 2015). A natureza das políticas sobre o envelhecimento ditará o impacto que o mesmo terá na sociedade (Bloom, *et al.*, 2015).

De acordo com o CENSOS de 2011, a Região Norte apresenta uma taxa bruta de natalidade de 8,6% que é inferior à média nacional de 9,2% e na Área Metropolitana do Porto a taxa é de 9,2%, ou seja, igual à média nacional (INE, 2012). Comparando com o CENSOS de 2001, a diferença entre jovens e idosos aumentou na Região Norte. Em 2011, a percentagem de jovens (15,1%) é pela primeira vez ultrapassada pelos idosos (17,1%). Na Região Norte verifica-se uma percentagem de idosos, inferior à do país (19,0%) e uma percentagem de jovens, idêntica à média nacional (14,9%). Existe um maior envelhecimento da população em Portugal mas este fenómeno é mais visível no interior do País (INE, 2002; INE, 2012).

As alterações sociais e demográficas levaram a que a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa fosse transferida da família cuidadora para o estado ou instituições privadas (Almeida, 2008). A emancipação da mulher nas últimas décadas que entrou no mercado de trabalho em vez de ficar em casa como cuidadora também terá contribuído para esta mudança de paradigma. O envelhecimento é uma questão cada vez mais importante nas sociedades ocidentais e em desenvolvimento. A população idosa ganha cada vez maior preponderância relativamente às outras faixas etárias (INE, 2017).

O desenvolvimento da medicina e o decréscimo da natalidade destas sociedades veio dar escala aos desafios que as sociedades já tinham com os idosos.

O envelhecimento traz consigo perdas fisiológicas inevitáveis, nomeadamente, na autonomia. A forma positiva como o indivíduo encara o seu envelhecimento e a sua saúde, assim como, outros desafios da vida ditarão uma forma de estar positiva face à

sua realidade, tornando-se por isso importante garantir que os idosos vivam mais e com otimismo face aos fatores intrínsecos da sua circunstância.

O objetivo deste estudo foi encontrar associações entre a percepção global de saúde e o otimismo em idosos, tendo em conta também as variáveis sexo, escolaridade e estado civil, no Distrito do Porto doravante denominado como Grande Porto. Pretendemos, com os dados reunidos, poder contribuir para uma melhor intervenção enquanto Enfermeiros nas comunidades onde estão inseridos na promoção dum envelhecimento com mais qualidade de vida. Nesta linha de pensamento citamos o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o REPE (Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros) no artigo 101º no “Dever perante a comunidade”, “O Enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de Enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;”. Assim como o artigo 102º “Dos valores Humanos”, “O Enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que se integra e assume o dever de: (...) c) Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto cuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015).

A relação com o doente torna-se o eixo dos cuidados. É simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem ao mesmo tempo que detém um valor terapêutico em si próprio. Constitui fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos avaliando a ajuda a prestar enquanto que contribui para relativizar os cuidados técnicos ou para facilitar a sua compreensão ou mesmo a sua aceitação (Collière, 1999).

Há alargamento do campo de competência do trabalho de enfermagem que ultrapassa a simples execução da prescrição médica por mais esclarecida que seja. As tarefas por delegação encontram a sua inserção em relação com o conhecimento da pessoa a tratar que não resulta já só de “uma boa relação” entre a pessoa que trata e a que é tratada, mas que se tornou base do trabalho da enfermagem (Collière, 1999).

Com a utilização das informações recolhidas, o trabalho de enfermagem muda de natureza, encontra um meio para se interrogar, questionar, refletir, criar, ao perguntar: quem são as pessoas que tratamos? O que esperam? E isto, com o objetivo de procurar saber o que para elas tem sentido, o que pode determinar a ajuda a prestar, para compensar necessidades que elas próprias não podem responder em consequência da doença ou da limitação física, mental ou social (Collière, 1999).

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos, constando do: primeiro capítulo uma introdução sobre o envelhecimento nos seus diversos desafios e oportunidades para futuro, tendo em conta os dados presentes. A evolução da população portuguesa e o seu envelhecimento servem como caracterização inicial para comparar com os dados europeus (UE) e posteriormente contextualizar o conceito de envelhecimento ativo saudável e o bem-estar, e o otimismo no processo de envelhecimento. Fazemos, também, referência às duas vertentes em estudo, a perceção global de saúde que será avaliada pelo General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) e o otimismo avaliado pelo Life Orientation Test – Revised (LOT-R); segundo a contextualização do estudo de modo a enquadrar o mesmo na investigação; terceiro o material e métodos da pesquisa realizada, onde se descreve o percurso metodológico com referência ao tipo de estudo, amostra, hipóteses de investigação, instrumentos, procedimentos de recolha e análise de dados e considerações éticas; quarto a apresentação e análise dos dados obtidos e quinto capítulo, a discussão dos resultados. Por fim apresentamos a conclusão, seguida de uma reflexão pessoal e perspectivas para futuro finalizando com as referências bibliográficas.

CAPÍTULO 1 – Envelhecimento: desafios e oportunidades

Neste capítulo abordaremos o envelhecimento da população portuguesa no contexto europeu (UE), envelhecimento ativo e saudável e sobre o bem-estar e otimismo no processo de envelhecimento no contexto português. Descrevemos os desafios que o envelhecimento nos traz, como sociedade desenvolvida e as medidas e planos de ação implementados e propostos pelas instituições nacionais, europeias e mundiais.

Contextualizamos os instrumentos utilizados neste estudo e a sua relevância para o que se pretende investigar.

1.1 – O envelhecimento da população portuguesa no contexto europeu

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento individual é um processo de mudança bio-psico-social progressivo da pessoa durante todo o ciclo de vida e é condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (OMS, 2015).

O envelhecimento populacional define-se a nível coletivo a partir da proporção de idosos na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, decorre da proporção de indivíduos nas faixas etárias extremas.

Em Portugal, como em outros países europeus, também se tem verificado, nas últimas décadas, profundas transformações demográficas, sendo de realçar o aumento da população idosa e da sua longevidade, assim como, a redução da população jovem e da taxa de natalidade (INE, 2002, 2012).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) e o Instituto Nacional de Estatística (INE), considera-se que em Portugal se é idoso a partir dos 65 anos de idade (DGS, 2004; INE, 2002; Pordata, 2016).

Em 2014, na UE a longevidade masculina registou valores mais elevados em Espanha (80,4 anos), seguida da Itália (80,7 anos), Chipre (80,9 anos) e Suécia (80,4 anos), rondando os 80 anos. Em Portugal registou-se a idade de 77,4 anos (Eurostat, 2015). No mesmo ano, relativamente à longevidade feminina, a esperança média de vida à nascença na UE era de 83,6 anos. Por seu lado, a esperança de vida feminina à nascença em Portugal ocupava o 6.º lugar mais alto (83,2 anos) (Eurostat, 2015).

Na UE, em 2014, os anos de vida saudável aos 65 anos eram de 8,6 para homens e mulheres, sendo que os valores mais elevados surgiam em países como a Suécia (15,2 anos) e Malta (13,3 anos). Em Portugal este valor era de 6,9 anos para os homens e 5,6 anos para as mulheres (Pordata, 2014). Aumentar este indicador em 30% consta no Plano Nacional de Saúde (PNS), até ao ano 2020. O que determina as diferenças na esperança de vida à nascença entre as populações europeias está relacionado com comportamentos de risco e atitudes em geral face ao risco.

Não é provável que a esperança de vida à nascença evolua para além dos 85 anos, limiar já conquistado pelas mulheres em alguns países europeus. Os ganhos em anos de vida medem-se agora nas idades mais tardias da estrutura etária.

As diferenças entre países traduzem desigualdades nas condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença e acesso a cuidados de saúde. Na população masculina têm vindo a ocorrer ganhos de esperança de vida. No entanto, Portugal é um dos países com mais baixa esperança de vida masculina e onde os ganhos não são acentuados face a outros países europeus. Os indicadores de morbilidade revelam que as mulheres em Portugal vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde (Eurostat, 2016).

Homens e mulheres diferem em esperança de vida e condição de saúde ao longo da vida. Existe uma disparidade considerável entre saúde e capacidade de sobrevivência. Os homens são fisicamente mais fortes, mas apresentam taxas mais elevadas de mortalidade em todas as idades relativamente às mulheres. Verificam-se particularidades femininas e masculinas que evidenciam desigualdades e desvantagens nas condições sociais e económicas ao longo do ciclo de vida. São um reflexo de discriminações estruturais, de opções individuais, indo para além dos papéis sociais

adotados, envolvendo estruturas socio-culturais, políticas, modos de organização social e económica e relações entre os diversos intervenientes

2015, foi o ano em que as pessoas com 65 ou mais anos passaram a representar 20,5% de toda a população residente em Portugal. Proporcionalmente significa mais de 1/5 de toda a população em que 14,2% tinha menos de 15 anos (INE, 2017). Importa ainda destacar o aumento da população idosa com mais de 65 anos. Assim, em 1971 o índice de envelhecimento, ou seja, a relação entre idosos e a população jovem era de 33,9% em Portugal, passando a representar ao fim de 45 anos, 148,7% (Pordata, 2017). Estes dados elucidam-nos que em Portugal, em 2016, por cada 100 residentes com 15 anos existiam 148,7 indivíduos com mais de 65 anos.

Em Portugal, em 2015, a esperança de vida à nascença para os homens era de 77,4 anos, enquanto para as mulheres era de 83,2 anos (Pordata, 2016). Estes valores estão bem próximos dos valores médios da Europa (entre os 28 países) de 77,8 anos para homens e 83,3 anos para as mulheres (Eurostat, 2015).

O aumento da longevidade é uma grande conquista, no entanto, convém, salientar a importância em ter qualidade de vida nesses anos ganhos à esperança média de vida. O aumento da população idosa em Portugal, bem como em outras sociedades desenvolvidas, tem um forte impacto na sociedade, sendo necessárias alterações a diversos níveis de que são exemplo: os sistemas de saúde, a segurança social, a educação, a justiça e os transportes.

No conceito de envelhecimento ativo proposto pela OMS, em 2012, a melhoria da qualidade de vida da população idosa depende de cada indivíduo como agente da sua própria saúde e da sociedade como um todo de modo a ser possível garantir as oportunidades, para tal, à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2012).

Portugal é signatário da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e das Propostas de Ação da UE para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e da solidariedade entre gerações.

No âmbito da decisão do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de proclamar 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da

Solidariedade entre as Gerações” (AEEASG), Portugal comprometeu-se a desenvolver iniciativas que estimulassem o debate construtivo, o intercâmbio de boas práticas e a sensibilização social para a mudança cultural, perante o envelhecimento e a intergeracionalidade. Nesse sentido, a Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011, de 22 de dezembro institui o AEEASG em Portugal, no ano de 2012.

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como, o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (OMS, 2015).

Em Portugal o Ministério da Saúde, através da DGS, tem desenvolvido no âmbito do Envelhecimento Ativo e Saudável, vários programas de que é exemplo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004).

Nos termos do Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro propõe-se a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) que se baseia no trabalho desenvolvido pela DGS no âmbito dos programas de prevenção da doença, de promoção da saúde e do PNS, com a colaboração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Instituto de Segurança Social, I.P., Direção-Geral da Segurança Social, I.P., Cooperativa António Sérgio para a Economia Social, Direção-Geral das Autarquias Locais, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional das Freguesias.

Portugal é o 4.º de entre 28 países da UE com maior percentagem de pessoas idosas, ultrapassado apenas pela Grécia, Alemanha e Itália (Eurostat, 2015). Em 2015 a população residente em Portugal era de 10.358.076 habitantes, dos quais 20,5% tinha mais de 65 anos e 14,2% tinha menos de 15 anos (Pordata, 2016). A tendência para o envelhecimento da população na última década é clara se compararmos com os dados de 2004, quando os dois grupos etários representavam 16% e 16,9% da população, respetivamente (Eurostat, 2015). Mesmo as projeções, mais conservadoras, prevêm um avanço desta condição demográfica (INE, 2017). Importa ainda destacar o aumento

da população com 65 e mais anos. Em 1971, esta faixa etária da população representava cerca de 12% da população residente em Portugal, passando a representar 21% em 2016 (Pordata, 2017). Neste mesmo ano, a esperança de vida à nascença para os homens era de 77,4 anos, enquanto para as mulheres era de 83,4 anos em Portugal (Pordata, 2018). Estes valores estão bem próximos dos valores médios da Europa (entre os 28 países) com 77,8 anos para homens e 83,3 anos para as mulheres (Eurostat, 2015). Embora esta diferença observada entre a esperança de vida de homens e mulheres seja transversal aos restantes países da UE e tenha vindo a diminuir nos últimos anos, a esperança de vida à nascença masculina em Portugal, em 2014, era inferior à média da UE e ocupava o 18.º lugar, o que pode ser atribuído à elevada mortalidade prematura da população portuguesa masculina, muito provavelmente relacionada com comportamentos de risco (Eurostat, 2015).

O envelhecimento da população portuguesa é uma realidade e a sociedade assiste a esta mudança demográfica, tendo que se adaptar às novas necessidades que surgem na população (Ferreira, 2011). Considerando as projeções da população residente no horizonte 2012-2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017). Nesse mesmo período e cenário, o índice de sustentabilidade potencial passa de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos (INE, 2017), acontecendo o mesmo na Europa. Segundo o Eurostat o índice de envelhecimento na UE em 2050 será de 223 idosos por cada 100 jovens (Eurostat, 2015). O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2017). É com base nestas mudanças demográficas que surgem novos contextos e realidades sociais como a institucionalização dos idosos em lares.

Até meados da década de 70 não se sentiam os efeitos do envelhecimento demográfico (INE, 2017). Nessa altura poucas pessoas alcançavam uma idade avançada e as preocupações em torno da velhice não constituíam preocupação. Antes desta mudança o apoio à pessoa idosa era garantido pela solidariedade familiar, caridade de particulares ou instituições religiosas (Moura, 2009).

O conjunto de dificuldades da pessoa que envelhece, onde sobressai a deterioração progressiva e a perda da capacidade funcional, leva frequentemente ao recurso institucional, como lares para pessoas idosas.

No nosso país, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos (Pordata, 2015).

Fernandes (2005) refere ser necessário dar mais atenção aos nossos velhos, conhecer melhor as suas dificuldades e aspirações para promover mais o seu bem-estar.

1.2 – Envelhecimento ativo e saudável

O envelhecimento representa uma conquista do desenvolvimento socio-económico e da saúde pública que paralelamente constitui um desafio de adaptação da sociedade (OMS, 2015).

A natureza das políticas sobre o envelhecimento ditará o impacto que o mesmo terá na sociedade (Bloom, *et al.*, 2015).

O envelhecimento individual é um processo de mudança bio-psico-social progressivo da pessoa durante todo o ciclo de vida e é condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos (OMS, 2015). Embora classificar a população em grupos etários seja importante para determinados objetivos é essencial reter que existem variações consideráveis no estado de saúde, níveis de independência, autonomia e participação social entre as pessoas idosas de igual idade. É por isso indispensável considerar esta variação na implementação de políticas e programas orientadores para o envelhecimento (OMS, 2002). A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida é apontada como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e envelhecimento da população (DGS, 2004; European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011; OMS, 2012, 2015).

O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002). Refere-se à participação

contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica. Vai para além da condição de ser física e profissionalmente ativo.

As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se limita à promoção de comportamentos saudáveis. É importante considerar variáveis ambientais, pessoais, sociais e culturais; o ambiente físico; o sistema de saúde; o sexo e outros determinantes (OMS, 2002).

A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, *et al.*, 2013). A qualidade de vida é, claramente, a tónica dominante do envelhecimento ativo (Cabral, *et al.*, 2013), podendo esta ser definida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida no contexto cultural e de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A qualidade de vida nas pessoas idosas passa pela saúde, bem-estar financeiro e suporte e integração sociais. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações que surgem no percurso de vida como a reforma, a perda de um emprego, a viuvez, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima, a migração, entre outras (Zaidi, 2014). A qualidade de vida das pessoas idosas depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo do ciclo de vida, bem como da maneira como as gerações seguintes fornecem ajuda mútua e apoio quando necessário (OMS, 2002). O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (OMS, 2015).

A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, contudo há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade. De acordo com a UNECE (2015), Portugal está entre os 28 países da UE e localiza-se em 16.º lugar relativamente ao indicador “Envelhecimento Ativo Global” e em 18.º lugar relativamente ao indicador “Capacidade para o

Envelhecimento”. Estes indicadores realçam a necessidade de desenvolvimento de trabalho nesta área e constituem uma oportunidade de reflexão e implementação de mudanças conducentes à sua melhoria. As expectativas das pessoas idosas e as necessidades económicas e sociais das sociedades exigem que estas possam participar na vida económica, política, social e cultural. Devem ter a oportunidade de trabalhar, assim o desejem e sejam capazes, de continuar a ter acesso a programas de educação e formação.

O potencial das pessoas idosas deve ser visto como uma base sólida para o desenvolvimento futuro, uma vez que possibilita que a sociedade beneficie das suas capacidades, experiências e sabedoria (ONU, 2002). É essencial promover e facilitar esta contribuição, ajudando a manter o bem-estar e a qualidade de vida, a autonomia e a independência das pessoas idosas e quebrar as inúmeras barreiras que impedem a sua participação na sociedade (UNECE, 2015; OMS, 2012).

O envelhecimento é uma conquista, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo consequência dos progressos económicos, sociais e biomédicos. Cabe analisar os desafios que emergem desta conquista e as necessidades de adaptação das sociedades (Cabral, *et al.*, 2013).

O envelhecimento populacional, como fenómeno multidimensional, tem impacto em todas as idades, atravessa diversas fronteiras e temáticas da vida humana, cruzando-se com outras tendências globais como:

- (i) a urbanização e o aumento da proporção de moradores urbanos com mais de 60 anos que acarreta riscos de segurança, de exclusão e estilos de vida. Simultaneamente, o êxodo rural da população mais nova resulta no isolamento das pessoas idosas nas zonas mais despovoadas que lá permanecem a viver;
- (ii) a globalização e a evolução tecnológica se por um lado, facilitam as redes sociais, por outro levam ao aumento da exclusão e dos estereótipos em relação às pessoas idosas. Desvalorizam a capacidade e experiência em detrimento dos novos conhecimentos. Na saúde, embora expandam o

potencial da prevenção de doenças, cuidados domiciliários, autonomia e independência, o acesso aos benefícios da tecnologia é desigual;

(iii) a migração de pessoas mais velhas à procura de uma vida melhor, migrantes que envelhecem nos países adotivos e a migração dos filhos adultos que podem deixar os pais com menos apoio;

(iv) as transições epidemiológicas traduzidas pela diminuição dos riscos para doenças infecciosas, levaram as doenças crónicas a ser a principal causa de morte e incapacidade. Havendo mais longevidade as pessoas passam a viver o tempo suficiente para as doenças crónicas se desenvolverem (International Longevity Centre Brazil, 2015).

(v) a desigualdade entre homens e mulheres na divisão desequilibrada do trabalho de cuidar que continua a ser suportado sobretudo por mulheres. Resulta em desvantagens para as mulheres na sua vida profissional, em salários mais baixos, segregação, dificuldades de conciliação, menos oportunidades de carreira, o que resulta em maiores índices de pobreza sobretudo na velhice;

(vi) o reconhecimento do idadismo como forma de discriminação, por via legislativa (lei anti discriminação) e outras medidas de políticas públicas e ações de formação e de sensibilização. O idadismo radica em representações e atitudes enraizadas na sociedade portuguesa, assentes em construções sociais que associam o envelhecimento a incapacidade e dependência. Afetam a autoestima e identidade dos próprios idosos e resultam em desvantagens várias que impedem o envelhecimento ativo e saudável como o abuso, o acesso limitado ou tratamento diferenciado no acesso a serviços, reduzidas oportunidades de trabalho/formação profissional, falta de condições e de técnicos nas estruturas residenciais para idosos, reduzida cobertura de apoio domiciliário, a invisibilidade ou representações estereotipadas na comunicação social, acessibilidade reduzida, entre outros (UNECE, 2015).

Assim, viver mais significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social, a solidão, a dependência física, mental e

económica, a estigmatização (Cabral, *et al.*, 2013) e os abusos, quer físicos, quer psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais por discriminação ou negligência (UNECE, 2015).

A Constituição da República Portuguesa salvaguarda o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, no que se refere especificamente à pessoa idosa, o artigo 72º, sob a epígrafe “terceira idade”, determina que as “pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade.

As Metas de Saúde constantes do PNS – Revisão e Extensão a 2020 perspetivam mudanças significativas relativas ao processo de envelhecimento, durante o ciclo de vida, até 2025 destacando-se: reduzir a mortalidade prematura (inferior a 70 anos) para um valor inferior a 20%, aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%, reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental, e controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar (DGS, 2015).

O envelhecimento inicia-se antes do nascimento e prolonga-se por toda a vida. Sendo que os determinantes para o envelhecimento ativo exercem a sua influência durante todo o ciclo de vida. A resposta da sociedade para o envelhecimento da população deve passar pelas várias fases do ciclo de vida, nas diversas esferas sociais (OMS, 2012).

1.3 Bem-estar e otimismo no processo de envelhecimento

A OMS define saúde como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas ausência de doença. Ter uma visão favorável da vida confere uma

vantagem face ao stress e doença em oposição a uma visão mais negativa, materializando-se num esforço para evitar problemas, enquanto a visão negativa não.

O “ser velho” é uma realidade cada vez mais presente na nossa sociedade. Sempre se envelheceu. No entanto, mais recentemente usamos o termo pessoa idosa não só no sentido individual mas também no sentido coletivo (Correia, 2012).

Segundo Rosa (2012), não sabemos exatamente quem são os velhos ou se já o somos. Quando se fala de envelhecimento não se pode descurar o conceito de fragilidade. De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2015) o nome vem do latim *fragilitate* e traduz “qualidade do que é frágil, pouco resistente; debilidade física; aparência franzina; tendência para se submeter facilmente à vontade dos outros; fraqueza...”. Trata-se de um conceito importante do ponto de vista fisiológico e patológico quando se fala em população idosa. Pese embora, o foco deste estudo ser a população idosa consideramos relevante referir que o conceito de fragilidade poderá abranger outras populações no que se refere à saúde, como por exemplo, indivíduos transplantados, diabéticos ou com patologia oncológica, cardíaca ou genética, entre outras que poderão estar ou não na faixa etária que definimos como idosos com 65 anos ou mais.

Os idosos consomem muitos cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes à sua senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com origem na matriz familiar atual e na especificidade dos problemas que os caracterizam (Costa, 2006).

No envelhecimento individual podemos salientar o envelhecimento cronológico e o biopsicológico. O primeiro mais ligado à idade uma vez que envelhecemos por um processo natural ao longo da vida, o outro é reflexo do envelhecimento cronológico. Este processo não é linear, nem rígido em termos de idade, pois cada pessoa envelhece de forma distinta e única, apresentando de forma diversa e em diferentes períodos da sua vida sinais de envelhecimento que acabam por conduzir à velhice (Correia, 2012). Segundo Correia (2012) consiste num período menos rigoroso, mais

heterogéneo, experienciado e percecionado de forma diversa, levando ao enaltecimento por uns e ao repúdio de outros.

Cordeiro (1999) defende que o estado de saúde subordina-se a tudo menos à idade cronológica. Está mais associado ao ciclo de vida por estar sujeito à percepção pessoal e subjetiva que cada um tem da sua saúde. Em contrapartida existem correntes de raciocínio que advogam a associação entre a saúde e a idade cronológica. Almeida (2009) refere que a “idade” surge com frequência na semântica dos idosos, como princípio explicativo e determinante da saúde/doença e na forma com que as expectativas a esse nível entram por vezes em linha de conta na autoavaliação da sua saúde.

A associação entre a idade cronológica e a saúde no sentido em que é perceptível um declínio gradual da saúde, um aumento de doenças e incapacidades e maiores exigências com os cuidados sociais e de saúde, não é recente. No entanto, estes esteriótipos tendem a ser minimizados graças à investigação e mudança de mentalidades (Squire, 2005).

A saúde da pessoa é influenciada por aspetos pessoais, psicológicos, fisiológicos e sociais, sobretudo experiências do passado, educação, estado psicológico, estatuto económico, contactos sociais, condições habitacionais, atitudes e crenças e capacidade física e independência (Squire, 2005). O Inquérito Nacional de Saúde (INS) (2014) permite-nos perceber melhor estes dois últimos pressupostos, capacidade física e independência. De acordo com o mesmo, os INS's são inquéritos de base populacional em que os dados recolhidos referem-se à autoavaliação que cada pessoa faz das variáveis que concorrem para a caracterização do seu estado de saúde. O INS 2014 é um inquérito harmonizado e regulamentado ao nível europeu (Regulamento UE n.º 141/2013), permitindo a comparação internacional dos resultados. Segundo o INS 2014, cerca de: (i) 458 mil dos 2,1 milhões de pessoas com 65 ou mais anos referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais. Destes, 122 mil idosos referiram não ter necessidade de ajuda (26,7%) e 162 mil precisavam de ajuda ou mais ajuda (35,3%); e (ii) 1 milhão de pessoas com 65 ou mais anos tinha pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas sem ajuda. Destes,

cerca de 258 mil idosos referiram não necessitar de ajuda (24,3%) e 298 mil indicaram precisar de ajuda ou mais ajuda (28,1%) (INE, 2016).

Segundo o mesmo inquérito o número de pessoas com sintomas depressivos era maior em faixas etárias mais avançadas, sendo que até aos 44 anos eram menos de 5% as que registavam sintomas depressivos, 10,6% entre 45 e 54 anos, e quase 20% dos residentes com 85 anos ou mais. Ao contrário, a proporção da população com sintomas depressivos diminuía com o aumento do nível de escolaridade. Assim, os sintomas depressivos eram evidentes em: 21,0% das pessoas que não tinham completado qualquer nível de ensino; 11,3% das pessoas com o ensino básico e 5,9% com o ensino secundário, respetivamente (INE, 2016).

A proporção de pessoas que avaliou o seu estado de saúde como mau ou muito mau e registava sintomas depressivos de acordo com a metodologia Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8) era particularmente elevada (quase 35%).

Os INS's permitem conhecer melhor a perceção de saúde global das populações atribuindo-lhes, no entanto, algumas limitações de carácter subjetivo. Em contrapartida os dados enfatizam legitimidade de análise pela importância como o bem-estar é traduzido pelos próprios quando avaliam a sua saúde (Fernandes, 2007).

Como enfermeiros, e tendo em vista os cuidados à pessoa idosa, constitui uma mais valia conhecer a forma como os idosos percecionam a sua saúde e como a sua autoperceção pode influenciar a vivência do seu quotidiano.

O próprio indivíduo idoso com a sua frágil consciência sobre o seu nível de saúde, interpretando mal os sintomas que atribui ao processo de envelhecimento, ou, também por temer uma hospitalização, poderá contribuir para o sentimento duma perda de independência e de poder de decisão (Blanco, 2007).

Segundo Diaz (2007) a saúde do idoso não pode ser vista como simples ausência de doença, mas como um estado físico e psicologicamente ótimo que permite enfrentar as situações da vida diária.

A palavra *perceção* deriva do latim *perceptiōne* e traduz o “conhecimento dos fenómenos do mundo exterior através dos sentidos, nomeadamente a tomada de consciência sensorial de objetos ou acontecimentos exteriores que deram origem a sensações mais ou menos numerosas e complexas.” (Manuila, *et al.*, 2000).

Cada um tem a predisposição para classificar conscientemente o seu estado de saúde. Embora esta aferição seja subjetiva, é de real interesse quando se pretende abordar a percepção de si mesmo em relação à saúde (Ferreira, 2011). A auto-percepção do estado de saúde, enquanto indicador subjetivo, complementa indicadores mais objetivos como a mortalidade e a morbilidade. Constitui um relevante indicador do estado de saúde das pessoas por medir a percepção subjetiva do estado físico e mental. É independente das interpretações dos sintomas e constitui um preditor vital da mortalidade e da utilização dos serviços de saúde (Vintém, 2008).

A avaliação da percepção que as pessoas têm da sua saúde tem adquirido importância no âmbito da investigação, permitindo uma melhor conceção das suas reais necessidades e uma intervenção mais assertiva dos profissionais de saúde.

De acordo com a taxonomia II da North American Nurses Diagnosis Association (NANDA) adotada em 2002 e adaptada da estrutura de colheita de dados dos Padrões Funcionais de Saúde da Doutora Marjory Gordon a percepção da saúde surge no:

- Domínio 1 – Promoção da Saúde – *“Percepção de bem-estar ou de normalidade de função e de estratégias utilizadas para manter o controle e melhorar esse bem-estar ou normalidade de função.”*, na Classe 1 – Percepção da Saúde

- Domínio 5 - Percepção/Cognição – *“Sistema humano de processamento de informações que inclui atenção, orientação, sensações, percepção, cognição e comunicação na: Classe 1 – Atenção - Disposição mental para perceber ou observar; Classe 2 - Orientação - Percepção de tempo, local e pessoa; Classe 3 - Sensação/Percepção - Recebimento de informações pelo sentido do tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia e a compreensão de dados sensoriais resultando em atribuição de nomes, associação e/ou reconhecimento de padrão; Classe 4 - Cognição - Uso de memória, aprendizagem, raciocínio, solução de problemas, abstração, julgamento, insight, capacidade intelectual, cálculos e linguagem; e na Classe 5 - Comunicação - Envio e recebimento de informações verbais e não-verbais.*

- Domínio 6 – Auto-Percepção – “*Percepção de si mesmo.*”, na: Classe 1 – Autoconceito – Percepção(ões) do eu total; na Classe 2 – Autoestima - *Investigação do próprio valor, importância, capacidade, sucesso; e na - Classe 3 - Imagem Corporal - Imagem mental do próprio corpo.*

A avaliação da percepção do estado de saúde é cada vez mais utilizada na investigação e prática clínica, sendo por vezes integrada em avaliações económicas, para determinar a efetividade de intervenções de cuidados de saúde e na prestação de cuidados (Ferreira & Ferreira, 2006).

A autopercepção do estado de saúde tem o seu valor próprio, contudo a análise dos resultados pode ser realizada de forma mais alargada em grupos com características idênticas para depois estabelecer relações. Medir o estado de saúde de populações permite definir níveis de comparação entre grupos, detetar iniquidade em relação a condicionantes de saúde, áreas geográficas, condições sociais e económicas ou relativas ao sexo e à idade (Ferreira & Santana, 2003).

O estado de saúde apercebido e as limitações físicas modificam-se conforme a idade. A literatura revela que as mulheres apresentam maiores taxas de morbilidade e menores *scores* na percepção da sua saúde. A percepção geral de saúde declina com a idade e as classes de menores rendimentos também representam pontuações mais baixas (Ferreira & Santana, 2003).

O estudo de dimensão europeia EXCELSA (2001), realizado em Portugal num grupo de 96 portugueses com idades compreendidas entre os 30 e os 85 anos a residirem nas suas casas, reporta uma variação do julgamento da saúde com a escolaridade e local de residência, assim como, uma avaliação mais positiva da respetiva saúde, pelos indivíduos com escolaridade mais elevada. A maioria dos indicadores mostra mudanças negativas claras com a idade (Paúl, *et al.*, 2001). Neste estudo denotam-se variações significativas dos índices de envelhecimento bem-sucedido dos idosos portugueses em função da sua auto-avaliação de saúde. Os mais velhos avaliam mais positivamente a sua saúde relativamente aos mais novos.

O conceito de velhice bem-sucedida foi proposto por Havighurst em 1960; Sugeriu que envelhecer bem resultava da participação em atividades associadas à satisfação, manutenção da saúde e participação social. O surgimento deste conceito

trouxe uma importante mudança no pensamento e estudo do envelhecimento, encorajou investigação sobre pontos positivos na velhice e sobre o potencial de desenvolvimento relativo ao envelhecimento (Neri, 2008; Rowe & Kahn, 1998). No final da década de 1980 e início da década de 1990, o conceito foi reconceptualizado, tendo surgido dois modelos teóricos: o de Rowe & Kahn (1998), baseado nos dados do estudo americano “MacArthur Foundation Study”, e o de Baltes & Baltes (1990), que propunha o modelo teórico de “Seleção, Otimização e Compensação”. Representava, no âmbito das ciências psicológicas, as possibilidades de plasticidade comportamental e funcional face às perdas associadas às últimas fases do ciclo de vida.

O modelo de Rowe & Kahn (1998) sugere três fatores para o envelhecimento bem-sucedido: (i) envolvimento ativo com a vida; (ii) baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais; e (iii) funcionamento mental e físico excelente. Este modelo possuía limitações por secundarizar as dimensões socioculturais e coletivas associadas à saúde na velhice e por poucos idosos se enquadrarem nesse modelo (Britton, *et al.*, 2008).

Baltes & Baltes (1990) defenderam que os idosos que conseguem usar mecanismos de compensação e regulação das perdas associadas ao envelhecimento experimentam uma velhice bem-sucedida e níveis satisfatórios de independência. No modelo “Seleção, Otimização e Compensação”, os idosos: (i) selecionavam as tarefas onde possuíam melhor desempenho e evitavam aquelas onde tinham dificuldades; (ii) esforçavam-se por manter e aperfeiçoar as habilidades ainda preservadas; e (iii) compensam as habilidades comprometidas como são exemplo as estratégias mnemónicas para manter a eficiência da aquisição e resgate de novas informações.

Kahn (2003), perante as fraquezas conceptuais do modelo de Rowe & Kahn (1998), incentiva que o debate sobre envelhecimento bem-sucedido seja acrescido pelo modelo de Baltes & Baltes (1990) e por investigações que consideram a autoperceção dos idosos sobre o estado de saúde.

O “Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa” desenvolvido por Oliveira, *et al.* (2008) fornece dados importantes sobre a perceção do estado da saúde dos idosos portugueses. Definiram-se vários aspetos para o perfil de

envelhecimento da população portuguesa como a percepção do estado de saúde, sendo esta última relacionada com a idade, sexo e região do país.

A percepção da saúde estava associada ao sexo dos indivíduos, sendo que o feminino apresentava maior percentagem de casos desfavoráveis na autoavaliação da saúde (Oliveira, *et al.*, 2008). Concluiu-se que os mais idosos apresentavam uma maior percentagem de situações desfavoráveis quanto à percepção do seu estado de saúde do que os mais novos e que existiam diferentes percepções do estado da saúde conforme a região do país (Oliveira, *et al.*, 2008).

Qualidade de vida e saúde

O termo “qualidade de vida” surgiu em meados do século XIX no seio económico e político Americano. Este conceito varia de cultura para cultura, de época para época e para o mesmo indivíduo pode ter alterações ao longo do seu ciclo vital. Está relacionado com a percepção que cada um tem de si e dos outros e com o ambiente que o rodeia. Deve ser avaliado de acordo com critérios bem definidos, envolvidos pelas dimensões biológica, psicológica, cultural e económica numa perspetiva multidimensional.

A definição de qualidade de vida foi a primeira preocupação do World Health Organization of Quality of Life Group (WHOQOL Group) em 1995 e surge como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tratou-se de uma conceção abrangente de qualidade de vida influenciada pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspetos do meio envolvente onde o indivíduo está inserido (WHOQOL Group, 1995).

A qualidade de vida precisa de ser vista de forma multidimensional (Ribeiro, 2007); não pressupõe ausência de doença, manifesta-se ao nível do bem-estar e funcionalidade e é uma configuração do bem-estar, uma dimensão auto-percebida, abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais, sendo um processo dinâmico.

Na avaliação da qualidade de vida global a percepção individual do estado geral de saúde é a mais importante em relação a todas as outras vivências (Campbell, 1981). A percepção individual do estado de saúde e o bem-estar geral era o fator mais importante de todos os fatores preditivos de satisfação com o estado de saúde e bem-estar geral (Michalos & Zumbo, 2000).

Alguns estudos aprofundaram o conhecimento sobre a qualidade de vida relacionada com a idade, tendo um deles sido realizado por um grupo da Universidade da Califórnia em 1990 com o objetivo de medir a qualidade de vida em idosos frágeis. Deste estudo surgiram onze fatores que prejudicam a qualidade de vida dos idosos: estado da saúde, função física, energia e vitalidade, função cognitiva e emocional, satisfação com a vida e o sentimento de bem-estar, função sexual, função social, a recreação e o nível económico (Júnior, 1999). Torna-se necessário conhecer o processo de envelhecimento para compreender e encetar estratégias que diminuam a senescência, de forma a assegurar uma vivência autónoma e qualitativamente positiva no final do ciclo de vida, dado que a qualidade de vida depende da saúde física, do bem-estar psicológico e da satisfação social e espiritual (Mota & Carvalho, 1999).

Almeida (2009) reuniu elementos de caracterização da situação de saúde em Portugal para a fundamentação de medidas e políticas promotoras da saúde e bem-estar das pessoas com mais de 65 anos. É de destacar que a saúde e qualidade de vida dos portugueses com mais de 65 anos apresentam múltiplas fragilidades quando comparadas com outros países da Europa (UE-15), designadamente em morbilidade, esperança de vida, esperança de saúde, auto-avaliação global da saúde e bem-estar. Em Portugal, nesta faixa etária, as desigualdades de saúde entre grupos sociais são uma realidade associada a fatores como rendimento, escolaridade, local de residência, sexo, entre outros (Almeida, 2009).

É pertinente falar de qualidade de vida relacionada com a saúde, dado que a avaliação deste parâmetro é um dos grandes objetivos da medicina atual. A qualidade de vida relacionada com a saúde surge como sinónimo de estado de saúde numa conceção subjetiva, feita pelo próprio indivíduo em que contempla os aspetos positivos e negativos do seu bem-estar, dos seus hábitos de vida, da sua saúde física e mental (Bowling, 1997).

Otimismo

O termo otimismo deriva do latim *optimum* que significa “o melhor”.

O otimismo é um conceito objetivo mas de difícil mensuração por ser um estado subjetivo. Traduz a forma positiva com que o indivíduo vivencia as suas experiências de vida e espera sempre que o melhor lhe possa acontecer perante determinada situação. Tem sido definido como uma inclinação para esperar de modo favorável eventos de vida positivos associados a um bem-estar psicológico, social e físico (Scheier, Carver, & Bridges, 1994; Carver, *et al.*, 2010). Pode ser avaliado por escalas como o Life Orientation Test – Revised (LOT-R), considerando a apreciação que o indivíduo faz da sua própria vida no seu contexto tendo em consideração o sexo, a idade, o estado civil ou a escolaridade (Scheier, Carver & Bridges, 1994; Carver, *et al.*, 2010).

Otimismo é uma disposição em que as pessoas sustentam expectativas favoráveis sobre o seu futuro (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010). Visa alcançar ou ter uma visão favorável da vida, atendendo sobretudo ao lado positivo das coisas. É uma predisposição global para acreditar que as experiências vividas levam a resultados bons em vez de maus (Scheier & Carver, 1985, 1994). Este conceito originou-se a partir das teorias da motivação expectativa-valor onde o comportamento exprime a persecução de objetivos, estados ou ações desejáveis. Quanto mais importante é o propósito para a pessoa maior o seu valor (Carver, *et al.*, 2010). A avaliação do otimismo foi implementada com o desenvolvimento do Life Orientation Test (LOT) (Scheier & Carver, 1985) mais tarde aperfeiçoado para o LOT-R (Scheier, Carver, & Bridges, 1994).

O otimismo é uma forma de lidar com as adversidades, um modo de olhar para a vida e avaliar o que nos cerca de modo positivo (Silva S., 2011). É definido como uma tendência do indivíduo acreditar em si e na sua capacidade para atingir os seus objetivos (Fernández-González, González-Hernández & Trianes-Torres, 2015).

Os indivíduos otimistas apresentam esperança e criam estratégias para solucionar os seus problemas (Snyder & Lopez, 2009; Costa, A.C.M., 2017). O pensamento otimista possibilita criar e alcançar os objetivos almejados, favorece a visão do indivíduo face a acontecimentos futuros e torna-os possíveis de alcançar, além de amenizar situações de mal-estar e promover a saúde.

Num estudo realizado por Campos (2009) sobre depressão e otimismo com 84 indivíduos dos 18 aos 57 anos, em contexto de desemprego, verificou-se que a maioria dos indivíduos possui uma perceção comportamental positiva, otimista e sem perturbações negativas. Encontraram, ainda, atitudes comportamentais mais negativas relacionadas com semelhantes níveis de pessimismo e perturbações depressivas.

Numa perspetiva mais psicológica e não medicamentosa poder-se-á ajudar a desenvolver o otimismo no idoso e conseguir perceber de que forma se poderão relacionar os conceitos de saúde e de otimismo. Níveis elevados de otimismo são bons preditores de melhor bem-estar subjetivo em cenários de adversidade, permitem melhor saúde física e mental, melhor integração social, maior resiliência perante o *stress* e estão associados a estatutos socioeconómicos mais elevados (Carver, *et al.*, 2010).

Em 2008 um estudo no Ghana investigou a relação entre qualidade de vida, otimismo/pessimismo e conhecimento/atitudes em relação ao Vírus de Imunodeficiência Adquirida (VIH) em mulheres grávidas. Os investigadores utilizaram o LOT-R e concluíram que o otimismo não estava associado a atitudes mais proativas de vigilância/prevalência de VIH (Moyer, *et al.*, 2008). Por seu lado, Aygar, *et al.* (2017), estudaram numa amostra de 624 pais de alunos no primeiro ciclo de escolaridade, a relação entre a qualidade de vida, utilizando o questionário 12 Itens Short Form Health Survey (SF12), e o otimismo utilizando o LOT-R para o efeito. Verificaram que a escala SF-12 se correlacionava positivamente com a dimensão otimista do LOT-R de acordo com as variáveis como sexo, idade, nível de escolaridade, nível de rendimentos, status socioeconómico, presença de doença crónica e presença de doença crónica nos filhos. Concluíram que as subdimensões físicas e mentais da qualidade de vida relacionadas com a saúde, influenciadas pelas características sociodemográficas e pela presença da

doença, são afetadas positivamente pela visão otimista da vida. Como resultado deste estudo, concluiu-se que era importante integrar a orientação de vida otimista nos estudos voltados para o aumento da qualidade de vida relacionada com a saúde. (Aygar, *et al.*, 2017).

Em saúde o otimismo parece ser um bom recurso em cenários de *stress* como cirurgia cardíaca, pós-tratamento de cancro da mama, pós-parto, onde facilita a expressão de melhor qualidade de vida após recuperação da intervenção (Pais-Ribeiro, 2012).

Segundo Alarcon, Bowling & Khazon (2013), o otimismo está positivamente associado à satisfação com a vida, felicidade e ao bem-estar físico e psicológico e negativamente relacionado com a depressão e a ansiedade.

Botelho (2013) realizou um estudo sobre a qualidade de vida, otimismo, coping, morbidade psicológica e stress intrafamiliar em pacientes com cancro colo-retal em quimioterapia, no qual procurou avaliar o otimismo e a qualidade de vida em utentes entre os 32 e os 82 anos, com ou sem estoma, após cirurgia a cancro colo retal, com recurso a vários instrumentos, nomeadamente o LOT-R. Também Silva (2014) verificou que um maior otimismo em relação ao envelhecimento pode contribuir para uma melhor autoavaliação do estado de saúde e do bem-estar dos mais velhos, compensando, em parte, o efeito de fatores socio-económicos e de doença associados à idade.

É comum associar-se o otimismo a um melhor estado de saúde global. Particularmente, nas faixas etárias mais avançadas, poderá ser um conceito a trabalhar para, de forma efetiva, se alcançarem melhores resultados em saúde. Neste sentido, desenvolvemos este estudo com o objetivo de identificar variáveis associadas ao otimismo do idoso e a sua relação com a perceção global de saúde de idosos, tendo em vista contribuir para a melhoria da intervenção de enfermagem na promoção de um envelhecimento com mais qualidade de vida.

CAPÍTULO 2 – Justificação do estudo

O aumento da população idosa no presente e futuro é um dado adquirido pelas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento. Este facto deve-se sobretudo ao aumento da esperança de vida e a uma diminuição da taxa de fecundidade (INE, 2017). Embora em 2014-2015 tenha havido uma subida da taxa de fecundidade em Portugal, mantém-se a tendência de descida nos últimos 10 anos.

De acordo com o CENSOS 2011 do INE, a Região Norte apresenta uma taxa bruta de natalidade de 8,6% que é inferior à média nacional de 9,2% e na zona do Grande Porto a taxa é de 9,2%, ou seja, igual à média nacional. Comparativamente com o CENSOS DE 2001, na Região Norte aumentou a diferença entre a percentagem de jovens e idosos. Em 2011, a percentagem de jovens (15,1%) é pela primeira vez ultrapassada pela percentagem de idosos (17,1%). Na Região Norte verifica-se uma percentagem de idosos, inferior à do país (19,0%) e uma percentagem de jovens, semelhante à média nacional (14,9%), registando-se assimetrias entre as NUTS 3 do Grande Porto, Cávado, Ave, Tâmega e Entre Douro e Vouga e as restantes NUTS 3 da Região Norte, Minho-Lima, Alto Douro e Trás-os-Montes. De um modo geral as primeiras concentram uma maior percentagem de jovens enquanto as segundas, uma maior percentagem de idosos face à população total. Há deste modo um maior envelhecimento da população em Portugal mas este fenómeno é ainda mais visível no interior do País.

O envelhecimento traz consigo perdas fisiológicas inevitáveis, nomeadamente, na autonomia. A forma positiva como indivíduo encara o seu envelhecimento assim como outros desafios da vida ditará uma forma de estar otimista face à sua realidade, tornando-se por isso importante garantir que os idosos vivem mais mas também com otimismo face a todos os fatores intrínsecos à sua circunstância. O otimismo é um conceito objetivo mas de difícil mensuração por ser um estado subjetivo. Estará relacionado com a forma positiva com que o indivíduo vivencia as suas experiências de vida. O termo deriva do latim *optimum*, que significa “o melhor”. Sendo assim, alguém otimista, espera sempre o melhor que possa acontecer mediante determinada situação. O otimismo tem sido definido como uma inclinação para esperar de modo

favorável eventos de vida positivos associados a um bem-estar psicológico, social e físico. Pode ser avaliado através de escalas tendo em conta a apreciação que o indivíduo faz da sua própria vida, considerando o contexto no que se refere por exemplo ao sexo, à idade, ao estado civil ou à escolaridade. De acordo com Almeida (2008) as alterações sociais e demográficas levaram a que a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa fosse transferida da família cuidadora para o Estado ou instituições privadas. O envelhecimento é uma questão cada vez mais importante nas sociedades ocidentais e em desenvolvimento uma vez que cada vez mais a população idosa ganha preponderância relativamente às outras faixas etárias. A evolução da medicina e a diminuição da natalidade/fecundidade destas sociedades veio dar incremento aos desafios que as sociedades já tinham com os idosos. Neste contexto, delineámos esta pesquisa, partindo das seguintes questões de investigação:

- Qual a relação entre otimismo e uma melhor perceção global de saúde no idoso?
- Em que medida fatores sociodemográficos como sexo, idade, estado civil, escolaridade influenciam positivamente os níveis de bem-estar psicológico e de otimismo do idoso?
- Que variáveis se apresentam como favorecedoras do otimismo e de uma boa perceção global de saúde nos idosos do Grande Porto?

Face ao enquadramento procurar-se-ão neste estudo associações entre o otimismo em idosos do Grande Porto e a sua perceção global de saúde no sentido de reunir informação que nos permita intervir, enquanto enfermeiros, na promoção dum envelhecimento com mais qualidade de vida. Neste contexto, desenvolvemos este estudo com o objetivo de: (i) identificar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil) e a perceção global de saúde no otimismo em idosos do Grande Porto; (ii) identificar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil) na perceção global de saúde em idosos do Grande Porto; (iii) relacionar a perceção global de saúde com o otimismo em idosos do Grande Porto; e (iv) avaliar o impacto da ansiedade, sintomas somáticos, idade e sexo no otimismo em idosos do Grande Porto.

CAPÍTULO 3 – Material e Métodos

A investigação é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas a questões precisas. Os conhecimentos adquiridos no decurso da investigação são tributários de diferentes metodologias que permitem descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos (Fortin, 2009).

Neste capítulo fazemos uma descrição da metodologia de investigação utilizada com a enumeração do tipo de estudo, amostra, hipóteses de investigação, variáveis, instrumentos com a descrição das escalas GHQ-12 e LOT-R e procedimentos formais e éticos.

3.1 – Tipo de Estudo

Desenvolvemos um estudo do tipo correlacional que segundo Fortin (2009) permite selecionar as variáveis que farão parte do estudo e analisar as relações entre elas, determinando a associação das duas variáveis. Este tipo de estudo precisa a grandeza desta relação com a ajuda de análises estatísticas de correlação.

3.2 – Amostra

A amostra foi constituída por 118 idosos com 65 ou mais anos, da área do Distrito do Porto que frequentam espaços públicos e de lazer. Dada a dispersão da amostra, o tipo de amostragem foi não probabilística do tipo “bola de neve”, em que cada participante indicou outro.

A amostragem não probabilística não dá a todos os elementos de uma população a mesma probabilidade de ser selecionado para integrar a amostra. Esta poderá não ser representativa da população e como tal não permitir generalizações (Fortin, 2009). A amostragem neste estudo não poderia ser probabilística uma vez que

se pretende estudar apenas uma parte da população. Foram elegíveis para o estudo indivíduos com 65 ou mais anos que aceitaram participar no estudo e sem problemas relacionados com a cognição, ou seja com a capacidade de decisão comprometida.

3.3 – Hipóteses de Investigação

“A hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica. Um estudo pode conter várias hipóteses. As hipóteses têm influência sobre o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise de dados, assim como sobre a interpretação dos resultados.” (Fortin, 2009). Para Polit & Beck (2011) “a hipótese é uma predição e, quase sempre, envolve uma relação prevista entre duas ou mais variáveis”.

No seguimento do enquadramento teórico e de alguns dos estudos nesta área, dos objetivos definidos, impõe-se a formulação das hipóteses, uma vez que pretendemos verificar a relação entre as variáveis, explicando o problema enunciado. De seguida, passamos a descrever as hipóteses delineadas para este estudo.

Hipótese 1 – Existe uma diferença significativa entre o otimismo e a perceção global de saúde e o sexo nos idosos do Grande Porto.

Hipótese 2 – Existe uma relação entre o otimismo, a idade, a escolaridade e o estado civil dos idosos do Grande Porto.

Hipótese 3 – Existe uma associação entre a perceção global de saúde, o sexo, a idade, a escolaridade e o estado civil dos idosos do Grande Porto.

Hipótese 4 – Existe relação significativa entre a perceção global de saúde e o otimismo em idosos do Grande Porto.

Hipótese 5 – A ansiedade, os sintomas somáticos, a idade e o sexo têm impacto no otimismo em idosos do Grande Porto.

3.4 – Instrumentos

De acordo com Hill & Hill (2012) “uma das situações onde normalmente se torna necessário testar um questionário que já existe é quando se pretende aplicar o questionário a uma amostra retirada de um Universo diferente daquele para o qual foi desenvolvido o questionário. Nesta situação é importante verificar a relevância, clareza e compreensão das perguntas aplicadas aos respondentes do Universo novo e, dependendo da natureza e objetivo do questionário também pode ser importante testar a validade e a fiabilidade do questionário neste Universo novo.”.

A perceção global de saúde foi avaliada pelo GHQ-12 (Anexo I) e o otimismo através do LOT-R (Anexo III). Ambos os instrumentos foram adaptados para a cultura portuguesa e validados por Laranjeira (2008a) e Laranjeira (2008b), numa amostra de estudantes universitários. A recolha de dados envolveu o preenchimento do consentimento informado, das escalas LOT-R e GHQ-12 e do questionário de caracterização sociodemográfica.

3.4.1 – O Questionário General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)

O GHQ-12 é um questionário de auto-resposta desenvolvido por Golberg (1972) foi concebido para identificar a incapacidade para realizar as atividades que são usuais numa pessoa saudável e o aparecimento de fenómenos stressantes novos. Não visa detetar traços estáveis mas sim quebras no funcionamento habitual.

A versão inicial com 60 itens visava identificar possíveis perturbações gerais, de natureza não psicótica, principalmente em estudos ocupacionais (Gouveia, *et al.*, 2003; Faria, 2000). Trata-se dum questionário apropriado para avaliar o bem-estar psicológico do indivíduo (Goldberg & Hillier, 1979). Para o seu uso generalizado contribuíram diversas versões abreviadas entretanto formuladas. Surgiram versões com 30, 28, 20 e 12 itens baseadas em estudos com análises fatoriais que tornou o

questionário num recurso útil em conjunturas que carecem de avaliações rápidas sobre desconforto psicológico como clínicas, organizações ou na comunidade, sem comprometer evidências de confiabilidade de suas pontuações. É uma boa medida para avaliar o estado psicológico do indivíduo. Por meio destes 12 itens são avaliadas várias variáveis de bem-estar psicológico.

As respostas no questionário GHQ - 12 são dadas numa escala do tipo likert com quatro opções de resposta (para as perguntas negativas: 1 - Não, absolutamente, 2 - Como habitualmente, 3 - Mais do que habitualmente e 4 - Muito mais do que habitualmente e para as perguntas positivas 1- Melhor do que habitualmente, 2 - Como habitualmente, 3 - Menos do que habitualmente, 4 - Muito menos do que habitualmente).

A escala é cotada com um ponto de corte de 2/3 sendo considerados casos patológicos os indivíduos com mais ou igual a 3 por item e não patológicos menor ou igual a 2 (Makowska, *et al.*, 2002). Os itens negativos foram invertidos no questionário.

Quanto menor for o resultado obtido melhor será nível de bem-estar psicológico. As pontuações entre 12 e 36 no total compreendem um melhor estado de saúde e as pontuações entre 37 e 48 no total compreendem uma pior percepção do estado de saúde.

O GHQ-12 foi construído como uma escala unidimensional, mas existem vários estudos em que são usadas soluções bifatoriais ou trifatoriais para esta escala. Muitos estudos têm em conta os fatores “Ansiedade” e “Sintomas Somáticos” (Werneke, *et al.*, 2000; Gureje, 1991). Para além destes estudos existem também estudos que revelam um terceiro fator expressando “Perda de Confiança” (Campbell, *et al.*, 2003) e (Graetz,1991).

Geralmente, o GHQ-12 é avaliado de forma unidimensional para medir a morbidade psicológica. No entanto, a discussão sobre a sua estrutura fatorial não é consensual. Vários estudos que apontam soluções fatoriais distintas, sendo as mais conhecidas aquelas com um, dois e três fatores. Diversos estudos avaliam a estrutura

fatorial deste instrumento, considerando amostras da população geral, jovens adolescentes e contextos laborais.

Borges & Argolo (2002), realizaram uma análise fatorial dos eixos principais e obtiveram dois fatores: autoeficácia (itens 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 e 12; $\alpha = 0,85$) e depressão e esgotamento emocional (itens 2, 6 e 9; $\alpha = 0,75$), admitindo um fator geral, cujo Alfa de Cronbach foi 0,80. Por seu lado, Oliveira (2008), ao analisar os componentes principais, encontrou uma solução bifatorial: desconforto psicológico (itens 2, 5, 6, 7, 9, 10 e 11; $\alpha = 0,84$) e autoeficácia (itens 1, 3, 4, 8 e 12; $\alpha = 0,76$).

Gouveia, *et al.* (2010) aferiram três modelos fatoriais, compostos por um, dois e três fatores com posterior análise fatorial confirmatória. As suas conclusões preconizaram o modelo bifatorial como o mais adequado: formado por “Depressão” (itens 1, 2, 5, 6, 7 e 9; $\alpha = 0,85$) e “Ansiedade” (disfunção social) (itens 3, 4, 8, 10, 11 e 12; $\alpha = 0,82$). A solução unifatorial apresentou α de 0,89.

Montazeri, *et al.* (2003) testaram numa amostra iraniana e identificaram uma solução bidimensional: “Stress psicológico” (itens 1, 3, 4, 7, 8, 10 e 11) e “Disfunção social” (itens 2, 5, 6, 9 e 12). Também, Doi & Minowa (2003), realizaram um estudo numa amostra japonesa e encontraram uma estrutura bifatorial para o grupo de mulheres com os fatores “Stress psicológico” (itens 2, 5, 6, 9, 10 e 11) e “Disfunção social” (itens 1, 3, 4, 7 e 8). No entanto, concluíram uma estrutura trifatorial para os homens, caracterizada pelos fatores “Stress psicológico” (itens 2, 5, 6, 9, 10 e 11), “Disfunção social” (itens 1, 3, 4, 7 e 8) e “Felicidade” (itens 3 e 12).

López & Dresch (2008) investigaram uma estrutura com três fatores numa amostra espanhola, tendo resultado: “Lidar com o sucesso” (itens 1, 3, 4, 7, 8 e 12), “Autoestima” (itens 6, 9, 10 e 11) e “Stress” (itens 2, 5 e 9).

Denota-se que nos estudos supramencionados não foi evidenciada a consistência interna dos fatores específicos, mas apenas para a escala como um todo, que variaram entre 0,76 e 0,87. A discrepância dos resultados é encarada por Ye (2009) como consequência do método utilizado na análise dos componentes

principais, assim como, dos diferentes padrões aplicados pelos investigadores para a retenção dos fatores.

Embora as soluções com dois e três fatores apresentem índices de ajuste adequados, algumas observações justificam avaliar o modelo que controla o efeito dos itens. No modelo bifatorial, por exemplo, os fatores são constituídos, na sua totalidade ou maioria (70% ou mais), por agrupamentos de itens que separam aqueles positivos dos negativos, evidenciando padrões diferentes de respostas possivelmente decorrentes de efeito metodológico.

A aplicação de itens escritos de formas negativa e positiva em instrumentos tem sido uma prática comum para evitar a tendência generalizada de concordar ou discordar com todos os itens, independentemente de seu conteúdo. Como apontam Podsakoff, *et al.* (2012), os itens negativos funcionam como lombadas cognitivas que requerem do respondente um processo cognitivo mais elaborado, ao invés de automático. Contudo, alguns estudos empíricos que buscaram avaliar as propriedades psicométricas de tais instrumentos, sugerem que a prática de empregar itens positivos e negativos pode introduzir erros sistemáticos de medida que afetam as análises e a interpretação dos resultados. Este tipo de erro ou viés de resposta representa o efeito do método derivado das características dos itens, isto é, traduz determinada variância sistematicamente introduzida nos resultados decorrentes do método aplicado para medir o traço ou construto investigado.

Uma das explicações possíveis para o fenómeno de itens negativos e positivos formarem fatores separados diz respeito à dificuldade dos respondentes processarem cognitivamente itens escritos de maneira inversa. Segundo Schmitt & Stults (1985), isso ocorre devido à falta de atenção, variação na educação ou aversão a conteúdos emocionais negativos. Desse modo, esse erro potencial de resposta introduz variação que não está associada ao construto, sendo de caráter exclusivo dos itens negativos, uma vez que afeta a medida em parte, diferentemente do erro randômico de mensuração, que atinge toda a sua extensão.

Em razão das evidências apresentadas, o presente estudo foi conduzido com o objetivo de avaliar dois modelos fatoriais do GHQ-12 para posterior comparação com

outros estudos também bifatoriais. Optamos por enumerar os dois fatores da escala GHQ-12 como “Depressão” e “Ansiedade”.

A aplicação do GHQ-12 em investigações em idosos não é nova. Por exemplo, Castro-Costa, *et al.* (2008) investigou os fatores associados aos sintomas depressivos (determinados através do GHQ-12) numa comunidade de adultos idosos. Os investigadores observaram que, entre outros fatores, o estado civil de solteiro ou separado, estava associado à presença de sintomas depressivos entre as pessoas mais velhas e, entre estas, as mulheres.

Papassotiropoulos, Heun & Maier (1997) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar os riscos de demência, depressão e depressão geriátrica nos parentes de pessoas idosas com Alzheimer. Neste contexto, verificaram que este instrumento, quando administrado verbalmente a pessoas idosas com uma diminuição cognitiva moderada, consegue identificar sintomas de depressão.

Optamos por utilizar a versão GHQ com 12 itens pela sua fácil aplicação e preenchimento, além de distribuir os itens positivos e negativos ao longo do questionário.

3.4.2 – O Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

O Teste de Scheier & Carver (1985), o LOT e a sua posterior reavaliação por Scheier, Carver & Bridges (1994) fez surgir o LOT-R que se evidenciou no estudo do otimismo. O LOT-R foi desenvolvido para avaliar as diferenças individuais no otimismo generalizado versus pessimismo e tem sido utilizado em vários estudos desde a sua criação.

Em 2002, uma investigação realizada em 677 estudantes universitários na Austrália, estudou as propriedades multidimensionais do LOT-R, nomeadamente os efeitos do otimismo e do pessimismo na carreira e no bem-estar. Utilizou várias escalas, nomeadamente, a LOT-R e o GHQ-12, tendo-se verificado que os indivíduos

com níveis elevados de otimismo tinham também níveis elevados de autoestima e valores baixos de stress psicológico (Creed, Patton & Bartrum, 2002).

Laranjeira (2008b) traduziu e adaptou a escala LOT-R para a cultura portuguesa e validou-a numa amostra constituída por 790 estudantes universitários. Esta escala é constituída por 10 itens, dos quais 6 são indicadores de otimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10), três vão numa direção positiva e três numa negativa. Os itens 2, 5, 6 e 8 funcionam como distratores. O LOT-R constituído por 10 itens respondidos numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta (0=discordo bastante, 1=discordo, 2=neutro, 3=concordo, 4=concordo bastante).

3.5 – Procedimentos de recolha e análise de dados

Neste estudo pretende-se estudar a perceção global de saúde e o otimismo numa amostra de idosos no Grande Porto com recurso aos instrumentos GHQ-12 e LOT-R.

A recolha de dados decorreu em espaços em espaços públicos de lazer (jardins públicos, cafés e universidades para séniores) após parecer do Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto e assinatura do consentimento informado pelos idosos.

Os dados foram tratados com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24, através de medidas de estatística descritiva para a descrição da amostra e inferencial para o estudo das relações entre variáveis, considerando um nível de significância de $p < 0,05$. Seguiu-se a respetiva discussão dos resultados para verificar os presupostos das hipóteses formuladas.

3.6 - Considerações éticas

O estudo das questões éticas, a clarificação da variedade de fatores que precisam de ser analisados quando se enfrentam os dilemas éticos, o processo de tomada de decisão, são alguns dos elementos que se exige hoje que os enfermeiros aprofundem por forma a fundamentarem as suas práticas profissionais e assim aplicarem de forma exigente e criativa os princípios éticos e deontológicos como os que estão definidos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (Queirós, 2001).

Como em qualquer estudo de investigação em que a amostra implica seres humanos será tida em consideração a proteção dos princípios éticos fundamentais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em investigação com seres humanos (Polit & Beck, 2011). Solicitamos o pedido de análise ética e a elaboração do respetivo parecer ao Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa no Porto (Anexo VI) e autorização ao autor para utilização dos instrumentos GHQ-12 e LOT-R (Anexo II e Anexo IV). Na recolha de dados, os idosos foram informados dos objetivos do estudo, do carácter facultativo da sua participação, da confidencialidade das suas respostas e que a recusa ou a sua desistência não trazia qualquer risco ou prejuízo para o próprio e que poderia acontecer em qualquer altura do estudo. Foi, ainda, solicitada a assinatura do termo de Consentimento Informado (Anexo V).

CAPÍTULO 4 – Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo, e no seguimento da metodologia e dos capítulos anteriores, procedemos à apresentação e análise dos resultados, iniciando pela caracterização sociodemográfica da amostra, seguida das características métricas das escalas GHQ-12 e LOT-R, na amostra em estudo, e da apresentação dos resultados das análises estatísticas obtidos nas hipóteses de investigação formuladas.

No estudo das relações entre as variáveis em estudo, para além duma análise estatística descritiva, procedemos: à comparação de médias (t-test para amostras independentes); à análise de variâncias através da Anova Oneway; ao estudo das correlações (Produto-Momento ou r de Pearson); e à análise do poder preditivo das variáveis utilizando o teste de regressão linear múltipla, com o procedimento stepwise.

De forma a facilitar a apresentação e a análise dos dados, optamos, após a caracterização da amostra e descrição das características métricas das escalas (GHQ-12 e LOT-R), por sequenciar as análises e os resultados, seguindo a ordem predefinida das hipóteses expostas na metodologia.

Podemos considerar para o fator: “Depressão” as pontuações entre 7 e 21 como pontos correspondentes a um melhor estado de saúde e as pontuações entre 22 a 28 compreendem uma a pior perceção do estado de saúde; e “Ansiedade” as pontuações entre 5 e 15 como valores correspondentes a um melhor estado de saúde e as pontuações entre 16 e 20 compreendem uma a pior perceção do estado de saúde.

Para as análises a realizar constituímos para a variável: idade, três grupos (G1 - 65 aos 74 anos; G2 - 75 aos 84 anos; e G3 - \geq 85 anos); escolaridade, três grupos (G1 - Instrução primária; G2 - Curso médio; e G3 - Curso superior); e estado civil, quatro grupos (G1 - Casado; G2 - Divorciado; G3 - Viúvo; e G4 - solteiro).

Caracterização da amostra

Da análise dos dados da tabela 1, podemos verificar que a amostra recolhida nos concelhos do Porto, Vila Nova de Gaia, Matosinhos, Maia, Gondomar e Valongo, o de Vila Nova de Gaia é o primeiro concelho de onde provêm mais idosos (44,9%), seguido de Matosinhos (33,9%), Porto (16,1%). Os restantes três concelhos da Maia, Gondomar e Valongo apresentam valores residuais face aos três primeiros com 2,5%, 1,7% e 0,8%, respetivamente.

A média de idades dos sujeitos da amostra em estudo é de 70,7 anos com um desvio padrão de 4,9 anos. Em relação à idade o G1 corresponde à maioria dos participantes com 80,5% da amostra em estudo, seguido do G2 com 17,8% e em último o G3 com 1,7%. Relativamente ao sexo, verificamos a predominância do feminino que representa 79,7% da amostra contra 20,3% do sexo masculino (tabela 1).

Quando consideramos o estado civil, constatamos que: 54,2% de idosos são casados, 27,1% viúvos, 10,2% divorciados e 8,5% solteiros. Por seu lado, a maioria dos idosos (56,8%) tem um curso médio, logo seguido dum curso superior (31,4%). Apenas 11,9% dos idosos possuem a instrução primária (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	24	20,3
Feminino	94	79,7
Idade		
De 65 a 74 anos	95	80,5
De 75 a 84 anos	21	17,8
Igual ou superior a 85 anos	2	1,7
Estado civil		
Casado	64	54,2
Divorciado	12	10,2
Viúvo	32	27,1
Solteiro	10	8,5
Escolaridade		
Instrução primária	14	11,9
Curso médio	67	56,8
Curso superior	37	31,4
Área de residência		
Porto	19	16,1
Vila Nova de Gaia	53	44,9
Matosinhos	40	33,9
Maia	3	2,5
Gondomar	2	1,7
Valongo	1	0,8

Características métricas das escalas GHQ-12 e LOT-R

Para a análise da dimensionalidade das escalas GHQ-12 e LOT-R, recorreremos à análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de varimax dos 12 itens da primeira escala (GHQ-12) e 6 itens da segunda (LOT-R), tendo em vista uma identificação dos fatores subjacentes. Desta análise retiveram-se os itens com valor-próprio igual ou superior à unidade e as saturações fatoriais dos itens superiores a 0,40. Este índice será mais baixo quando o assumir do limiar 0,40 implicar a eliminação do item de qualquer dos fatores isolados.

A escala LOT-R tem pontuações de 0 a 24 e o GHQ-12 tem pontuações de 12 a 48. Podemos considerar satisfatórios ou positivos valores de LOT-R obtidos a partir de 13 de valor médio e no GHQ-12 as pontuações entre 12 e 36 no total compreendem um melhor estado de saúde e que as pontuações entre 37 a 48 no total compreendem uma a pior percepção do estado de saúde. No GHQ-12 quanto menor for o resultado obtido melhor será nível de bem-estar psicológico.

Na análise fatorial da escala GHQ-12 obtiveram-se valores nos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,838 e Esfericidade de Bartlett (TEB) de 525,007; $p = ,000$. Estes valores indicam da adequação da amostra para a realização da análise fatorial. De acordo com Hair, Andreson & Tatham (2005) os valores são aceitáveis entre 0,5 e 1. Os autores Kaiser & Rice (1974) indicam que para a adequação de ajuste de um modelo de análise fatorial o valor de KMO deve ser maior que 0,8.

As comunalidades apresentam resultados díspares entre as várias questões formuladas, variando entre 0,24 e 0,72. A questão 9 – “Tem-se sentido triste ou deprimido?” foi o valor mais elevado com 0,72 após extração que significa que é a questão com maior variância comum de todas. A questão 11 – “Tem-se considerado uma pessoa sem valor?” foi o valor mais baixo com 0,24 após extração que representa uma menor variância comum (tabela 2).

No seu conjunto os dois fatores, ou dimensões, explicam 51,95% da variância total da escala. Ao fator 1 está associada 41,39% da variância total, o valor próprio de 4,97 e é saturado sobretudo pelos 7 itens relacionados com “Ansiedade”. Ao fator 2 está associada 10,56% da variância total, o valor próprio de 1,27 e é saturado sobretudo pelos 5 itens com a designação de “Depressão”.

Na tabela 2 apresentam-se os valores que resultam da análise da dimensionalidade da escala GHQ-12, os valores-próprios e a variância explicada por cada fator, as comunalidades (h^2), o total de variância explicada, a medida de adequação da amostra através dos Testes de KMO e TEB.

Tabela 2 - Resultados da análise fatorial do GHQ-12

Itens	Fatores		h ²
9 – Tem-se sentido triste ou deprimido?	0,80		0,72
5 – Tem-se sentido constantemente sob pressão?	0,79		0,64
2 - Tem perdido muitas horas de sono por estar preocupado?	0,71		0,52
10 – Tem perdido confiança em si próprio?	0,53		0,55
12 - Apesar de tudo tem-se sentido razoavelmente feliz?	0,53		0,34
6 – Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?	0,52		0,43
11 – Tem-se considerado uma pessoa sem valor?	0,42		0,24
3 – Tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?		0,84	0,70
4 – Tem-se sentido capaz de tomar decisões?		0,76	0,67
1 – Tem conseguido concentrar-se no que faz?		0,71	0,56
7 – Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?		0,67	0,53
8 – Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?		0,42	0,33
Total de variância explicada – 51,95%	41,39	10,56	
Valor próprio	4,97	1,27	
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - 0,838			
Teste de Esfericidade de Bartlett – 525,007; p=0,000			

Para avaliar a fidelidade ou consistência interna (precisão) do instrumento calculamos o coeficiente Alpha de Cronbach quer para cada item, quer para a globalidade dos itens. Relativamente à análise da dimensionalidade da escala GHQ-12 obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,86, significando um valor bastante aceitável de consistência interna da escala. Sendo que em termos de confiabilidade para a dimensão “Ansiedade” obtivemos um Alfa de Cronbach de 0,81 e de 0,79 para a dimensão “Depressão”. Os Coeficientes Alpha de Cronbach relativos a cada item, com o total da escala, oscilam entre 0,85 e 0,86.

Os resultados da análise da consistência interna dos 12 itens da escala GHQ-12 são apresentados na tabela 3. A par da média e do Desvio Padrão (DP), descrevemos a respetiva correlação do item com o total da sua escala de pertença (coeficiente

corrigido) e também o valor do Alpha de Cronbach da dimensão se esse mesmo item fosse eliminado.

Tabela 3 – Análise da consistência interna do GHQ-12 e das dimensões

Dimensões/Itens	Média	Desvio padrão	r itc corrigido	Alpha de Cronbach se item eliminado
Ansiedade $\alpha = .81$				
2 - Tem perdido muitas horas de sono por estar preocupado?	2,02	0,90	0,53	0,79
5 – Tem-se sentido constantemente sob pressão?	1,80	0,84	0,60	0,77
6 – Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?	1,67	0,69	0,51	0,79
9 – Tem-se sentido triste ou deprimido?	1,74	0,81	0,75	0,74
10 – Tem perdido confiança em si próprio?	1,45	0,66	0,58	0,78
11 – Tem-se considerado uma pessoa sem valor?	1,31	0,64	0,41	0,80
12- Apesar de tudo tem-se sentido razoavelmente feliz?	1,88	0,62	0,44	0,80
Depressão $\alpha = ,79$				
1 – Tem conseguido concentrar-se no que faz?	2,15	0,64	0,57	0,75
3 – Tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?	1,90	0,58	0,61	0,73
4 – Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	1,99	0,58	0,68	0,71
7 – Tem sentido prazer nas suas actividades diárias?	1,89	0,58	0,59	0,74
8 – Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?	1,97	0,57	0,39	0,80
Alfa de Cronbach Global = 0,86				

Na escala LOT-R contamos com os seis itens como indicadores de otimismo (1, 3, 4, 7, 9 e 10), três em direção positiva e três em direção negativa. Assim, a pontuação mínima da escala será de 6 e a pontuação máxima será de 24.

Relativamente à análise fatorial da escala LOT-R e para a amostra em estudo (n=118), o Teste de KMO (0,574) e o TEB (129,895; p=0,000) permitiram garantir a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlações para a realização da análise

fatorial. Assim, realizou-se uma solução fatorial em que se obtiveram dois fatores ou dimensões (indicadores positivos e negativos de otimismo) que explicam uma variância total de 61,16%. Ao fator 1 está associada 32,88% da variância total, o valor próprio de 1,97 e é saturado sobretudo pelos 3 itens relacionados com indicadores negativos. Ao fator 2 está associada 28,28% da variância total, o valor próprio de 1,70 e é saturado sobretudo pelos 3 itens relativos a indicadores positivos.

Os resultados da análise fatorial da escala LOT-R (os valores-próprios e a variância explicada por cada fator, as comunalidades (h^2), o total de variância explicada, o KMO e o TEB) constam da tabela 4.

Tabela 4 - Resultados da análise fatorial do LOT-R

Itens	Fator 1	Fator 2	h^2
7 – Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor	0,85		0,72
9 – Raramente espero que as coisas boas me aconteçam	0,81		0,67
3 – Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza	0,75		0,57
1 – Em situações difíceis espero sempre o melhor		0,81	0,66
4 – Sou sempre otimista em relação ao futuro		0,76	0,60
10 – No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.		0,67	0,46
Total de variância explicada – 61,16%	32,88	28,28	
Valor próprio	1,97	1,70	
Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin - 0,574			
Teste de Esfericidade de Bartlett – 129,895; p=0,000			

No que se refere aos resultados insertos na tabela 5, verifica-se que os coeficientes Alpha de Cronbach relativos a cada item, com o total da escala (Alfa global =0,62), oscilam entre 0,45 e 0,58. Estes valores são baixos, possivelmente relacionados com o baixo número de itens e com as características da amostra (indivíduos com 65 e mais anos). No entanto, quando analisamos os valores dos dois fatores, constatamos que o Fator 1 relativo a aspetos negativos do otimismo apresenta um valor de Alpha de Cronbach de 0,73 e o Fator 2 relacionado com aspetos positivos com um valor de Alpha de Cronbach de 0,61.

A média do conjunto de itens da escala é de 19,26 com um DP de 3,24. Apesar do item 4 “Sou sempre otimista em relação ao futuro” apresentar uma correlação 0,14, decidimos não eliminar este item pelo seu significado concetual e contributo para a escala.

Na tabela 5 apresentamos a análise da consistência interna e homogeneidade dos itens da Escala LOT-R. A par da média e do DP, descrevemos a respetiva correlação do item com o total da sua escala de pertença (coeficiente corrigido) e também o valor do Alpha de Cronbach da dimensão se esse mesmo item fosse eliminado.

Tabela 5 – Análise da consistência interna e homogeneidade dos itens do LOT-R

Itens	Média	Desvio padrão	r itc corrigido	Alpha de Cronbach se item eliminado
Fator negativo $\alpha = 0,73$				
3 – Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza	2,77	1,09	0,34	0,49
7 – Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor	2,62	0,97	0,36	0,48
9 – Raramente espero que as coisas boas me aconteçam	2,63	1,05	0,42	0,45
Fator positivo $\alpha = 0,61$				
1 – Em situações difíceis espero sempre o melhor	3,73	0,83	0,31	0,51
4 – Sou sempre otimista em relação ao futuro	3,55	0,99	0,14	0,58
10 – No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más	3,97	0,84	0,24	0,54
Alfa de Cronbach Global = 0,62				

Hipóteses

Hipótese 1 – Existe uma diferença significativa entre o otimismo e a perceção global de saúde e o sexo nos idosos do Grande Porto.

Presumimos que o sexo favorece valores diferentes de otimismo e de perceção global de saúde; esperavam-se valores mais altos nas mulheres idosas comparativamente com os homens. Para testar esta hipótese procedemos à

comparação das respectivas médias nos níveis de otimismo e de percepção global de saúde (t-test para amostras independentes). Na tabela 6 apresentamos os valores (médias, desvios padrão e diferenças) dos níveis de otimismo e de percepção global de saúde em função desses dois grupos.

Tabela 6 – Resultados nos níveis de otimismo e de percepção global de saúde em função do sexo

Escala e Dimensões	Sexo	N	Média	DP	t	gl	p
LOT-R	Masculino	24	15,25	2,69	0,037	116	0,97
	Feminino	94	15,22	3,29			
Ansiedade	Masculino	24	6,92	2,78	-0,667	116	0,51
	Feminino	94	7,30	2,43			
Depressão	Masculino	24	14,38	4,20	-0,287	116	0,78
	Feminino	94	14,59	2,91			

Olhando os resultados da tabela 6, verificamos que em média os homens idosos apresentam valores de otimismo ligeiramente mais elevados (M=15,25; DP=2,69) relativamente às mulheres (M=15,22; DP=3,29). Situação análoga constata-se quando relacionamos o sexo com a percepção global de saúde (dimensões Ansiedade e Depressão), novamente a desfavor das mulheres (M=7,30; DP=2,43 e M=14,59; DP=2,91, respetivamente) e em favor dos homens (M=6,92; DP=2,78 e M= 14,38; DP=4,20). Estas diferenças não apresentam significância estatística. De um modo geral, o sexo não parece interferir com a percepção global de saúde e o otimismo dos idosos em estudo.

Hipótese 2 – Existe uma relação entre o otimismo e a idade, a escolaridade e o estado civil dos idosos.

Partimos do pressuposto de que os idosos com idade entre 65 e 74 anos, com um curso superior e casados, deveriam apresentar níveis mais elevados de otimismo. Para a análise da significância estatística das diferenças encontradas, procedemos a uma análise de variância através da Anova Oneway, de forma a observarmos os efeitos

de interação das três variáveis sobre o otimismo (LOT-R). Assim, na tabela 7 são apresentados os valores resultantes da análise descritiva e inferencial das variáveis.

Tabela 7 - Resultados no otimismo em função da idade, escolaridade e estado civil dos idosos

LOT-R	Grupo etário	n	M	DP	F= 0,471; p= 0,63
	65 a 74 anos	95	15,36	3,19	
	75 a 84 anos	21	14,62	3,22	
	≥ 85 anos	2	15,50	0,71	
	Escolaridade	n	M	DP	F=1,017; p=0,37
	Instrução primária	14	14,50	3,18	
	Curso médio	67	15,07	3,19	
	Curso superior	37	15,78	3,13	
	Estado civil	n	M	DP	F=1,663; p=0,18
	Casado	64	15,23	2,91	
	Divorciado	12	16,83	3,54	
	Viúvo	32	14,50	3,40	
		Solteiro	10	15,60	3,27

Quando analisamos a relação entre o otimismo com a idade, a escolaridade e o estado civil dos idosos encontramos pequenas oscilações nas médias (tabela 7). Numa análise mais circunscrita dos resultados em cada variável, constatamos que, os idosos com ≥85 anos (M=15,50; DP=,71), com curso superior (M=15,78; DP=3,13) e divorciados (M=16,83; DP=3,54) são os que apresentam médias mais elevadas de otimismo, mas sem significância estatística. Deste modo as variáveis idade, escolaridade e estado civil não influenciam os seus níveis de otimismo dos idosos em estudo.

Hipótese 3 – Existe uma relação significativa entre a percepção global de saúde, a idade, a escolaridade e o estado civil dos idosos.

Partimos da suposição de que os idosos com idade entre 65 e 74 anos, com um curso superior e casados, deverão apresentar níveis baixos de ansiedade e de depressão.

Na análise da escolaridade com a percepção global de saúde no factor “Depressão” verificou-se que os idosos com menor escolaridade ou seja instrução primária apresentam um valor médio mais elevado com 16,21. Significa que corresponde ao grupo de indivíduos com menor bem-estar psicológico (tabela 8).

Os níveis de instrução mais elevados como curso médio e curso superior apresentaram valores idênticos, 14,19 e 14,54 respetivamente. Os valores de DP variam entre 2,494 e 5,480 (tabela 8).

A partir destes resultados no fator “Depressão” os indivíduos com curso médio foram os que apresentaram melhor bem-estar psicológico seguindo-se logo os idosos com curso superior.

No fator “Ansiedade” verificou-se que a instrução primária apresentou o maior valor com 8,21 sendo neste fator também o grupo com menor bem-estar psicológico, seguido do curso médio com 7,22 e finalmente o curso superior com o valor mais baixo de GHQ-12 de 6,84. Os valores de DP situam-se entre 2,262 e 3,599 (tabela 8).

No fator “Ansiedade” com base nestes resultados constatou-se que são os idosos com um curso superior que apresentaram maiores níveis de percepção de saúde.

Denota-se que os indivíduos com instrução primária apresentam nos dois fatores “Depressão” e “Ansiedade” os níveis mais baixos de percepção de saúde. O curso superior e o curso médio partilham a primazia em cada um dos fatores “Ansiedade” e “Depressão” respetivamente.

Perante os resultados obtidos pode-se concluir que níveis médios a elevados de escolaridade condicionam uma melhor percepção global de saúde do indivíduo idoso.

No que diz respeito à percepção global de saúde em função do estado civil verificou-se no fator “Depressão” que os indivíduos casados e viúvos apresentaram os

valores médios mais elevados com 14,78 e 14,75 respectivamente o que significa que são os grupos com menor nível de bem-estar psicológico.

Seguem-se os solteiros e divorciados respectivamente com 14,30 e 12,92 de valores médios de percepção global de saúde.

Deste modo é possível concluir com base nestes resultados que no fator “Depressão” os divorciados têm o melhor nível de bem-estar psicológico em relação aos restantes estados civis.

Nos resultados da percepção global de saúde no fator “Ansiedade” os indivíduos viúvos e os casados apresentaram novamente os valores mais elevados sendo que os viúvos se destacaram mais neste fator com o valor médio mais elevado com 7,69. Os casados surgem em segundo lugar com valor médio de 7,22 que coincide com o valor médio global total.

Os divorciados e os solteiros seguem-se como os terceiros e quartos valores médios de percepção global de saúde neste fator com valores de 6,67 e 6,40 respectivamente. Os valores de DP situam-se neste fator entre 1,776 e 2,608.

Os idosos solteiros apresentam assim neste fator “Ansiedade” os valores mais elevados de percepção global de saúde.

Como nesta escala GHQ-12 uma maior pontuação representa menores níveis de percepção global de saúde foram os idosos solteiros no que toca ao fator “Ansiedade” o grupo que melhor bem-estar psicológico apresentou.

Os resultados nesta categoria não são tão homogêneos como nas anteriores, no entanto, é possível constatar que os indivíduos casados e viúvos não surgem em nenhum dos fatores com a primazia de uma melhor percepção global de saúde.

No grupo dos idosos casados, poderíamos fazer uma associação em relação ao sexo feminino no sentido de serem as mulheres cuidadoras como mães, filhas, esposas por não se sentirem com saúde para cuidar de quem gostam ou de quem tenham a cargo. No entanto os resultados da tabela 6 dizem-nos que não é o sexo que condiciona de um modo geral a percepção de saúde ou os níveis de otimismo.

Para a análise da significância estatística das diferenças encontradas, procedemos a uma análise de variância através da Anova Oneway, de forma a observarmos os efeitos de interação das três variáveis sociodemográficas sobre as dimensões da percepção global de saúde (ansiedade e de depressão). Assim, na tabela 8 são apresentados os valores resultantes da análise das variáveis.

Tabela 8 - Resultados da percepção global de saúde em função da idade, escolaridade e estado civil dos idosos

Variáveis	Grupos	Ansiedade				Depressão		
		n	M	DP	F; p	M	DP	F; p
Grupo etário	65 a 74 anos	95	7,16	2,51	F=0,317 p=0,73	14,59	3,37	F=0,343 p=0,71
	75 a 84 anos	21	7,57	2,52		14,19	2,42	
	≥ 85 anos	2	6,50	2,12		16,00	1,41	
Escolaridade	Instrução primária	14	8,21	3,60	F=1,561 p=0,21	16,21	5,48	F=2,376 p=0,10
	Curso médio	67	7,22	2,26		14,19	2,49	
	Curso superior	37	6,84	2,38		14,54	3,09	
Estado civil	Casado	64	7,22	2,54	F=,930 p=0,43	14,78	3,33	F=1,229 p=0,30
	Divorciado	12	6,67	2,43		12,92	2,35	
	Viúvo	32	7,69	2,61		14,75	3,28	
	Solteiro	10	6,40	1,78		14,30	2,58	

Os valores obtidos para os “casados” e para os “viúvos” são os que apresentam piores resultados relativos em relação ao otimismo com 15,30 e 14,50 respetivamente no entanto apesar de tudo são valores acima dos 13 pontos portanto positivos em termos de resultados de otimismo. Nos valores médios obtidos em GHQ-12 são novamente os “casados” e “viúvos” que em termos relativos mantêm os piores resultados com 14,78 e 14,75 respetivamente para o fator “depressão” e 7,22 e 7,69 para o fator “ansiedade” (tabela 7).

Realizamos um somatório parcial tendo em conta a bifatorialidade da escala usada neste estudo. Assim para a “Depressão” para 7 itens a pontuação estaria entre 7 e 28 e o fator “Ansiedade” para os 5 itens a pontuação estaria no intervalo de 5 a 20.

Assumindo o ponto de corte de 2/3 da escala podem ser considerados casos patológicos os indivíduos com mais ou igual a 3 por item e não patológicos, menor ou igual a 2 (Makowska, *et al.*, 2002).

Os resultados de 14,78 e 14,75 dos “casados” e “viúvos” respetivamente para o fator “Depressão” estão dentro do intervalo de 7 a 21 que correspondem a uma melhor perceção do estado de saúde (tabela 7).

Assim como os resultados de 7,22 e 7,69 para o fator “Ansiedade” para os “casados” e “viúvos” estão dentro do intervalo de 5 a 15 que correspondem também a uma melhor perceção do estado de saúde (tabela 7).

Assim na amostra estudada os dois estados civis “casados” e viúvos” que apresentaram os piores resultados em relação aos restantes estados civis “solteiros” e “divorciados” têm de qualquer forma valores positivos de otimismo e de perceção de saúde em termos absolutos.

De referir o valor de 12,92 nos idosos divorciados nos “Sintomas somáticos” que se destaca no nosso ponto de vista pela positiva em relação aos restantes estados civis neste fator pese embora haver DP com valores entre 2,353 e 3,331.

Da análise dos valores insertos na tabela 8 constatamos que nesta amostra são os idosos com 85 e mais anos, solteiros e com o curso superior que apresentam níveis mais baixos de “Ansiedade” (M=6,50, M=6,40 e M=6,84, respetivamente). Quando consideramos a dimensão “Depressão”, verificamos que os idosos com idades entre os 75 e os 84 anos, com um curso médio e divorciados mostram médias mais baixas nesta variável (M=14,19, M=14,19 e M=12,92, respetivamente). No entanto, não se verificaram resultados com significância estatística na relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da perceção global de saúde. Quer a ansiedade, quer a depressão não parecem afetadas pela idade, escolaridade e estado civil desta amostra.

Hipótese 4 – Existe relação significativa entre a perceção global de saúde e o otimismo em idosos do Grande Porto.

Partindo da suposição da existência de uma relação significativa entre a perceção global de saúde e o otimismo avaliados em idosos do Grande Porto.

Para a análise desta associação, procedemos ao estudo das correlações (Produto-Momento ou r de Pearson) entre a escala do Otimismo (LOT-R) e a Percepção Global de Saúde (GHQ-12 escala total e dimensões), considerando a amostra total ($n=118$) do estudo. Na tabela 9 apresentamos a matriz de correlações.

Tabela 9 - Coeficientes de correlação entre a percepção global de saúde e o otimismo dos idosos

LOT-R	Dimensões do GHQ-12		Total GHQ-12
	Depressão	Ansiedade	
LOT-R	$r = -0,340$ $p < 0,01$	$r = -0,403$ $p < 0,01$	$r = -0,403$ $p < 0,01$

Olhando os resultados obtidos na tabela 9, e tendo em consideração os critérios propostos por Pestana e Gageiro (2014), verificámos que os valores dos coeficientes de correlação apontam para associações moderadas e negativas entre a percepção global de saúde e o otimismo dos idosos, apresentando valores estatisticamente significativos ($r = -0,340$; $p < 0,01$; $r = -0,403$; $p < 0,01$ e $r = -0,403$; $p < 0,01$, respetivamente). Estes valores alertam-nos para uma não linearidade na associação das variáveis em causa, sugerindo que os idosos com níveis elevados de “Ansiedade” e “Depressão” possam apresentar níveis baixos de otimismo (percepção de uma visão positiva ou negativa do futuro e autoconfiança na realização dos projetos pessoais e coletivos). Este conjunto de valores deixa transparecer uma moderada associação entre as variáveis em análise.

Hipótese 5 – A ansiedade, a depressão, a idade e o sexo têm impacto no otimismo em idosos do Grande Porto.

Face à correlação entre as médias das dimensões do GHQ-12 e do LOT-R ($r = -0,340$ $p < 0,01$; e $r = -0,403$ $p < 0,01$) e aos resultados obtidos em estudos consultados, quisemos saber o valor preditivo da percepção global de saúde e das variáveis idade e sexo exercido sobre o otimismo. Optamos pela análise de regressão linear múltipla,

com o procedimento stepwise, para analisarmos o impacto da percepção global de saúde (dimensões ansiedade e depressão) e das variáveis sociodemográficas (idade, sexo) exercidas sobre o otimismo dos idosos do Grande Porto.

O método stepwise possibilitou-nos resolver o problema da multicolinearidade, ou seja, a correlação entre as variáveis independentes (dimensões do GHQ-12, idade, sexo), através da eliminação de algumas dessas variáveis da equação. Esta análise de regressão linear múltipla foi realizada, tomando a amostra total.

Na tabela 10 apresentamos os valores resultantes da análise de regressão linear múltipla (método stepwise) para amostra total (n=118), tomando como variável dependente o otimismo (LOT-R) e como variáveis independentes, as dimensões do GHQ-12 e as variáveis sociodemográficas (idade e sexo).

Tabela 10 - Resultados da análise de regressão das dimensões do GHQ-12, da idade e do sexo no otimismo, na amostra total

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	F	gl	Prob.
1	0,40 ^a	0,16	0,16	22,52	116	0,00

a. Preditores: (Constante), Ansiedade

A leitura dos resultados da tabela 10, permite-nos constatar que a variável “Ansiedade” se destaca, como o fator com maior poder preditivo, aliás é a primeira e única variável a entrar na equação de regressão, explicando 16% da variância na variável “otimismo” (R²=0,16; F=22,52; gl=116; p=0,00). Importa realçar a relevância da ansiedade que demonstrou prever o otimismo do idoso. Salientamos, ainda, que a dimensão “Depressão” e as variáveis sexo e idade são excluídos nas equações de regressão. Podemos antecipar que estas variáveis podem ter impacto negativo no otimismo dos idosos em estudo.

CAPÍTULO 5 – Discussão dos Resultados

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados anteriormente apresentados, onde faremos uma análise integrativa dos resultados com a literatura consultada. Importa referir do nosso interesse por esta temática e da dificuldade em encontrar estudos com idosos, neste âmbito, publicados em Portugal.

Neste estudo propusemo-nos encontrar associações entre o otimismo e perceção global de saúde em idosos do Grande Porto, no sentido de reunir informação que nos permita intervir, enquanto enfermeiros, na promoção dum envelhecimento com mais qualidade de vida. Neste sentido, procuramos testar cinco hipóteses, que visam investigar: a relação entre as características sociodemográficas da amostra (idade, sexo, escolaridade e estado civil), o otimismo e a perceção global de saúde; a associação entre a perceção global de saúde e o otimismo; e o impacto da ansiedade, depressão, idade e sexo no otimismo em idosos.

Na discussão dos resultados seguiremos a ordem de apresentação dos mesmos.

A amostra em estudo constituída por 118 idosos, independentes e a frequentar espaços de lazer, tem uma média de idades de 70,7 anos, seguindo o padrão da população idosa em Portugal (Carrilho & Patrício, 2010; Rosa, 2012). O CENSOS 2011 refere que o número de idosos com 75 e mais anos representavam 47,9% do total de idosos (Pordata, 2017). No que se refere ao nível de instrução da amostra, verificamos que é superior ao da população em geral (Pordata, 2016) e que cerca de metade da amostra tem o equivalente ao curso médio, ou seja, 67 indivíduos.

A avaliação da validade e da consistência interna do GHQ-12 e do LOT-R mostra resultados elucidativos. No LOT-R final obtivemos um coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,62 que se compara com o Alfa de Cronbach de 0,71 num estudo realizado por de Laranjeira (2008b), numa população de 790 indivíduos com idades compreendidas entre os 17 e 47 anos, ou seja uma população não idosa. No nosso estudo a amostra é menor (n=118) e a idade dos indivíduos é igual e superior a 65 anos. Ainda, no estudo de Laranjeira (2008b) ao observarmos as correlações obtidas entre cada item e a nota global da escala quando esta contém o próprio item e quando este é excluído, estas

variam entre 0,65 e 0,70 no primeiro caso e no 0,40 e 0,50 no último. No nosso estudo verificam-se os valores de 0,27 e 0,43 e de 0,54 e 0,59, respetivamente. De um modo geral são valores mais baixos, o que mostra uma menor consistência interna dos resultados relativamente ao estudo de Laranjeira (2008a). Também, comparativamente com o estudo de Laranjeira (2008b) e, sobre o otimismo com recurso ao LOT-R com estudantes universitários, verificam-se níveis mais elevados de otimismo. A perspetiva de futuro e perante o que a vida pode proporcionar será tendencialmente maior em relação a uma população idosa que se encontra em regra na segunda metade de duração da sua vida.

Com base nestes resultados pode-se aferir que idosos com idades mais avançadas são mais otimistas. No entanto é necessário também realçar que o último intervalo de idade da amostra “ ≥ 85 anos” tem apenas dois indivíduos. Seria necessário ter um número maior de indivíduos neste grupo etário para comprovar uma relação direta entre otimismo e idades mais avançadas.

Constata-se que os indivíduos com curso superior têm níveis médios mais elevados de otimismo com 15,78, seguidos dos indivíduos com curso médio com 15,07 e finalmente dos indivíduos com instrução primária com um valor médio de 14,50. Num estudo realizado por Campos (2009) que visava relacionar a depressão e otimismo numa população desempregada maioritariamente entre os 25 e os 45 anos, denotou-se uma tendência superior para perturbações depressivas nos indivíduos desempregados com o 2º ciclo em relação aos indivíduos com o 3º ciclo e ensino superior, pese embora no seu trabalho os resultados não tenham sido conclusivos.

Podemos aferir a partir do presente estudo que quanto maior escolaridade um indivíduo tiver maior será o seu nível de otimismo, portanto o otimismo é diretamente proporcional à escolaridade. Neste resultado pensamos haver uma relação entre o nível de escolaridade e o nível socio-económico do indivíduo. Portanto poderá um alto nível socio-económico conduzir a nível alto de escolaridade que por sua vez levará a um nível também elevado de otimismo.

Relativamente ao estado civil dos idosos e o seu otimismo obtivemos valores médios entre 14,50 para os viúvos e 16,83 para os divorciados. Para a escolaridade

obtivemos valores médios entre 14,50 para idosos com a instrução primária e 15,78 para idosos com o curso superior. Para a idade, obtivemos valores médios entre 14,62 para os idosos entre os 75 e 84 anos e 15,50 para os idosos com mais de 85 anos. Correspondem a valores relativamente próximos e sem significância estatística, pelo que concluimos para a amostra de idosos estudada o estado civil, a idade e a escolaridade não condicionam os seus níveis de otimismo (tabela 7).

Ao analisar os resultados sobre a perceção global de saúde verificamos que no fator “Depressão” o intervalo etário dos “75 aos 84 anos” representava o grupo de indivíduos com maior bem-estar psicológico com o valor médio mais baixo de 14,19 sendo o grupo com “ ≥ 85 anos” o grupo com pior bem-estar com 16,00 de valor médio. (tabela 8).

No fator “Ansiedade” há uma inversão dos extremos com o intervalo de “ ≥ 85 anos” a apresentar o valor médio mais baixo com 6,5 sendo por isso o grupo etário com maior bem-estar psicológico. O grupo dos “75 aos 84 anos” apresenta neste fator o pior bem-estar psicológico (tabela 8).

Existiu uma inversão de lugares no grupo etário com mais de 85 anos. A nível do fator “Depressão” corresponde ao grupo com valor mais baixo de perceção de saúde e a nível do fator “Ansiedade” corresponde ao grupo etário com maior nível de perceção de saúde. Podemos inferir a partir daqui que este grupo em particular é o que somatiza mais em relação ao que é a sua perceção da sua saúde mas isso não conduz a uma maior ansiedade. Antes pelo contrário correspondeu ao grupo que apresenta menor ansiedade quanto ao seu bem-estar psicológico.

Oliveira, *et al.* (2008) estudaram o Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa numa amostra de 2672 indivíduos distribuídos por três grupos etários: 55-64 anos, 65-74 anos e ≥ 75 anos residentes em Portugal Continental. Verificaram que existia uma associação estatisticamente significativa entre o *score* da saúde e o grupo etário (Oliveira, *et al.*, 2008). A percentagem mais baixa de indivíduos em situação desfavorável foi o grupo etário dos 55-64 anos com (64,6%), seguido dos 65-74 anos com 69,9%. Os idosos com ≥ 75 anos tinham a percentagem mais elevada em situação desfavorável (74,5%) (Oliveira, *et al.*, 2008). No presente estudo, verificou-se que no

factor “Depressão” do GHQ-12 o grupo etário com ≥ 85 anos era também o que apresentava o pior valor em relação aos restantes grupos etários estudados (tabela 8). No entanto a situação inverte-se quando falamos do fator “Ansiedade” da mesma escala. O grupo etário com mais de 85 anos apresentava o melhor valor.

No estudo de Oliveira, *et al.* (2008), o resultado da percepção do estado de saúde, a auto-avaliação da saúde, as queixas de saúde/consultas médicas estavam associadas estatisticamente com o sexo dos indivíduos. Constatou-se que no sexo feminino existia maior percentagem de casos desfavoráveis no *score* da saúde relativamente ao sexo masculino (76,0% vs 59,9%), assim como, no *score* da autoavaliação da saúde e das queixas de saúde/consultas médicas, 46,6% vs 35,6% e 79,5% vs 63,5%, respetivamente (Oliveira, *et al.*, 2008). No entanto, nesta investigação embora os dados ditem uma menor percepção global de saúde nas mulheres idosas estudadas em relação aos homens, os resultados obtidos não apresentaram significância estatística. De um modo geral, neste estudo o sexo não parece interferir com a percepção global de saúde. Estes resultados corroboram as mesmas conclusões no presente estudo (tabela 6). Na amostra estudada obtivemos valores de maior percepção global de saúde nos homens idosos em relação às mulheres mas sem significância estatística (tabela 6).

Losada, *et al.* (2012) estudaram o risco que a solidão implica para a saúde mental dos idosos. Colheram dados junto duma amostra de 199 idosos com idades entre os 65 e os 94 anos. Analisaram os preditores da solidão e chegaram a variáveis como o facto de ser do sexo feminino, o aumento progressivo da idade, dificuldades económicas, viver sozinho, menor percepção de saúde e não ver familiares e amigos as vezes que desejavam. Verificamos no presente estudo que dos idosos que aparentemente estão ou vivem sozinhos, leia-se os viúvos, divorciados e solteiros, são os viúvos que apresentam o pior valor de ansiedade com 7,69 de valor médio e os que têm o segundo pior valor médio de 14,75 no que diz respeito ao fator depressão.

Poderão existir fatores relacionais, solidão ou de luto nos idosos viúvos que de um modo geral os fará ter um ponto de vista menos bom em relação à sua percepção de saúde por não terem alguém que cuide deles e sentirem sozinhos. Não foi

averiguado no presente estudo se os idosos, mesmo sendo viúvos, solteiros ou divorciados se viviam sozinhos ou se advinha daí a sua ansiedade ou menor percepção de saúde. Sendo que também consideramos importante considerar situações de solidão em idosos casados, cujo conjugue possa estar por exemplo acamado, com demência ou com internamento hospitalar.

Botelho (2003) no seu estudo sobre Qualidade de Vida, Otimismo, *Coping*, Morbilidade Psicológica e Stress Intrafamiliar em Pacientes com Cancro Colo-Retal em Quimioterapia, em 100 doentes dos 32 aos 82 anos utilizou várias escalas nomeadamente a EORTC QLQ-30 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 para estudar a qualidade de vida e a LOT-R para estudar o otimismo. Concluiu que os pacientes mais otimistas percecionavam melhor a sua qualidade de vida e utilizaram mais o *coping* ativo quando comparados com os pacientes menos otimistas. Estes, por sua vez, possuíram mais morbilidade psicológica, ansiedade e depressão. Em comparação com este estudo obtiveram-se resultados que sugerem que os idosos com níveis elevados de “Ansiedade” e “Depressão” possam apresentar níveis baixos de otimismo. Embora o conjunto de valores obtidos transpareça uma moderada associação entre as variáveis em análise, otimismo e percepção de saúde e se terem utilizado diferentes escalas para mensurar a qualidade de vida/percepção de saúde os resultados dos dois estudos vão na mesma direção (tabela 9). Convém, também, destacar a diferença nas amostras no que se refere ao intervalo de idades e à circunstância de doença *versus* condição de idoso.

Gustavsson-Lillius, *et al.* (2012), estudaram os preditores de ansiedade e de depressão em doentes com cancro e nos seus conjugues. Avaliaram neste processo o papel do otimismo e referem que, após a utilização da LOT-R e da escala BDI – 14 – *Beck Depression Inventory – 14* (depressão), os pacientes otimistas possuem menos sintomatologia psicológica do que os menos otimistas.

No seu estudo, Gustavsson-Lillius, *et al.* (2012), trabalharam com pacientes com idades de 58 anos com DP de 8,7 e conjugues com idades de 59 com DP de 9,4. É uma amostra diferente do presente estudo com indivíduos com mais de 65 anos e à partida

sem diagnósticos de cancro. No presente estudo os valores sugerem que os idosos com níveis elevados de “Ansiedade” e “Depressão” possam apresentar níveis baixos de otimismo pese embora a não linearidade na associação das variáveis em causa (tabela 9).

Pänkäläinen, *et al.* (2016) estudaram a relação entre o otimismo/pessimismo e o risco de morte por doença cardíaca em 2815 indivíduos entre 52 e 76 anos de idade ao longo de 11 anos. Concluiu que os indivíduos que morreram de doença coronária foram significativamente mais pessimistas no início do que os outros. Conclusão que se aplica para ambos os sexos. Deste modo, no presente estudo (tabela 6) e no estudo de Pänkäläinen, *et al.* (2016) concluiu-se que o sexo do indivíduo não tem influência no seu otimismo/pessimismo. Por outro lado, Wieczkowska (2007) ao estudar as correlações entre satisfação com a vida e capital psicológico entre 320 estudantes de Universidades da Terceira Idade com uma idade média de 62,5 anos, concluiu que um maior nível de satisfação com a vida entre os participantes era significativamente determinado pelo sexo. Os homens mostravam níveis de saúde satisfatórios, menor dependência de instituições de assistência médica, boa situação financeira, realização educacional, autoavaliação positiva, boas relações com os outros, otimismo disposicional e auto-eficácia.

Sánchez, *et al.* (1990) estudaram em que medida as características socioculturais e económicas têm efeito na saúde mental de um individuo idoso. A amostra composta por 135 idosos, distribuídos em quatro grupos, dependendo do seu relacionamento pessoal: 39 eram internos de uma instituição fechada, 40 moravam sozinhos, 43 moravam com suas famílias e 13 eram deslocados. Foi utilizado o GHQ-28 (General Health Questionnaire - 28). Concluíram que existia uma alta prevalência de sofrimento psíquico na população acima de 65 anos. Existia uma influência do ambiente de relações pessoais e do meio familiar na preservação do bem-estar psicológico do idoso e na prevenção de sentimentos de miséria e solidão. Não se verificou no entanto nenhuma relação significativa entre sofrimento psíquico e idade, sexo, estado civil, valor da pensão ou nível educacional.

Conclusão

Este estudo teve como objetivos avaliar a relação entre otimismo e percepção de saúde dos idosos no Grande Porto, tendo em conta diversas variáveis sociodemográficas. Estruturamos o estudo de forma particular com a colocação de hipóteses que pela pesquisa bibliográfica nos pareciam que melhor poderiam responder aos objetivos propostos. Concluimos que na amostra de 118 idosos estudada que de um modo geral o sexo não parece interferir com a percepção de saúde dos idosos e o otimismo, ao contrário do que supúnhamos no início do estudo. Igualmente ao contrário do que pressupunhamos no início do estudo as variáveis idade, escolaridade e estado civil não influenciam os níveis de otimismo dos idosos em estudo.

Constatamos que no que reporta à relação entre percepção de saúde e instrução que níveis médios a elevados de escolaridade estavam relacionados com uma melhor percepção global de saúde do indivíduo idoso, que eram os divorciados que apresentavam melhor bem estar psicológico e que são os idosos com ≥ 85 anos apresentavam níveis mais baixos de “Ansiedade” e os idosos com 75 a 84 anos tinham menor “Depressão” no que diz respeito à percepção de saúde. A nossa suposição inicial seria que idosos com 65 a 74 anos, um curso superior e casados seriam o grupo com níveis baixos de ansiedade e de depressão, no entanto, não se verificaram resultados com significância estatística na relação entre estas últimas três variáveis (instrução, estado civil e idade) e as dimensões da percepção global de saúde.

Verificamos a existência de associações moderadas e negativas entre a percepção global de saúde e o otimismo dos idosos com valores estatisticamente significativos. Constatamos-se uma não linearidade na associação das variáveis em causa, abrindo espaço a concluir que idosos com níveis elevados de “Ansiedade” e “Depressão” possam ter baixos níveis de otimismo. Assim, os valores obtidos transparecem uma moderada associação entre otimismo e percepção global de saúde nos idosos da amostra estudada.

Finalmente concluímos que o fator “Ansiedade” da GHQ-12 (Perceção Global de Saúde) se destacou como o fator com maior poder preditivo do otimismo. Importa realçar a relevância da “Ansiedade” que demonstrou predizer o otimismo do idoso.

De salientar ainda que o fator “Depressão” da GHQ-12, o sexo e a idade poderão ter um impacto negativo no otimismo dos idosos em estudo. De um modo geral podemos dizer que quem tem uma melhor perceção global de saúde será também mais otimista. Pese embora o resultado neste estudo denota apenas uma moderada associação entre as variáveis.

Uma atitude otimista poderá do nosso ponto de vista ser uma postura perante a vida em que já enfrentaram vários desafios e que os conseguiram vencer, quer em termos de saúde quer em termos profissionais e familiares. Foi um aspeto que constatamos durante a recolha de dados que, a idade que têm “já ninguém lhes tira” e que nesse sentido quanto mais idade tiverem mais “se riem da vida” com um pensamento e atitude por vezes até de desafio perante a vida de “ainda aqui estou” pronto para os desafios que o futuro me reserva.

A atitude otimista e de bem-estar psicológico representa o que entendemos que os Idosos devem ter. Com o avançar da esperança média de vida em Portugal e por todo o mundo em geral é importante ter uma atitude positiva perante os anos de vida que se colocam à frente do indivíduo depois de se reformar ou de ter responsabilidades acrescidas numa idade mais jovem/adulta.

Altos níveis de otimismo são bons preditores de melhor bem-estar subjetivo em cenários de adversidade. Permitem ter uma melhor saúde física e mental, uma melhor integração social e uma maior resiliência perante o *stress* (Carver, *et al.*, 2010).

A autoperceção do estado de saúde é um notável preditor da mortalidade e da utilização dos serviços de saúde (Vintém, 2008), permitindo à pessoa ter uma melhor conceção das suas reais necessidades, um melhor entendimento sobre o seu estado físico/mental e viabilizando uma intervenção mais assertiva dos profissionais de saúde.

Consideramos importante manter uma vida ativa em qualquer idade, consideração essa que é válida também para a população com idade igual ou superior a 65 anos que se estudou. A vida poderá não ser tão ativa porque a idade ou a saúde não o permitem mas é importante as pessoas manterem um foco sobre a utilidade da vida e se manterem ocupadas com um ou vários objetivos de vida. Estes objetivos poderão ser variados como a família para tratar dos netos, estudar, aprender ofícios como pintar ou fazer desporto como yoga.

Sendo a ansiedade um fator preditor para o otimismo, apraz-nos dizer que precisamos de alguma ansiedade para sermos proativos. A ansiedade funcionará como um fator positivo para agir. Estados ansiosos são bons para enfrentar os desafios que se nos colocam no dia-a-dia sem que isso signifique doença, mas seria importante ter ansiedade perante uma adversidade.

Com este estudo esperamos ter contribuído para a importância do investimento da enfermagem na área do envelhecimento/pessoas idosas, também, pela análise do seu bem-estar relacionado com os seus níveis de otimismo. Os resultados deste estudo pretendem corroborar a necessidade da intervenção de enfermagem ao nível da promoção da saúde dos idosos no sentido de melhorar e/ou manter uma boa auto percepção de saúde nas suas diversas dimensões.

Um maior otimismo em relação ao envelhecimento pode contribuir para uma melhor auto-avaliação do estado de saúde e do bem-estar dos mais velhos.

Sendo o Enfermeiro "...responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem..." (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, 2015), deverá a promoção da saúde nos idosos ser um conceito a continuar a trabalhar e desenvolver mais na prática de enfermagem para, de forma efetiva, se alcançarem melhores resultados em saúde.

Em investigações futuras seria importante realizar uma recolha de dados numa amostra mais alargada e considerar um maior número de idosos no grupo etário dos 85 e mais anos para se confirmar de forma mais consistente os resultados deste grupo etário. Propomos, também considerar a possibilidade de analisar de que modo a origem rural/urbana dos idosos, o nível socio-económico, a institucionalização dos

Idosos e modelos de intervenção de enfermagem, poderão influenciar a qualidade e percepção global de saúde dos idosos.

Referências Bibliográficas

Alarcon, G., Bowling, N., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences, 54*(7), 821-827.

Almeida, M. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada do envelhecimento*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública. Universidade Nova, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares, Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Aygar, H., Atay, E., Emiral, G. & Metintas, S. (2017). The relation of health related quality of life and optimism subdimension of life orientation test. *The European Journal of Public Health November, 27*(3).

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful aging: perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Blanco, H. (2007). *Avaliação geriátrica integral. Síndromes Geriátricas. Versão Portuguesa*. Revisfarma: Edições Médicas, Lda.

Botelho, A. (2013). *Qualidade de Vida, Otimismo, Morbilidade Psicológica e Stress Intrafamiliar em Pacientes com Cancro Colo-Retal em Quimioterapia*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. Braga: Universidade do Minho.

Borges, L. & Argolo, J. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica, 1*(1), 17-27.

Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A. & Marmot, MG. (2008). Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatric Society*, 56(6), 1098-105.

Bowling, A. (1997). *Measuring Health: a review of quality of life measures scales* (2^o ed.). Glasgow: Bell & Bain.

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America. Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill Editors.

Campbell, A., Walker, J. & Farrell, G. (2003). Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: can I see that again? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(4): 475-83.

Campos, A. (2009). *Depressão e Optimismo: Uma visão do desemprego, sob o prisma da Psicologia da Saúde*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação de Beja.

Carrilho, M. & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-145.

Carver, C., Scheier, M. & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.

Castro-Costa, E., Uchoa, E., Firmo, J., Lima-Costa, M. & Prince, M. (2008). Association of cognitive impairment, activity limitation with latent traits in the GHQ-12 in the older elderly. The Bambui Health and Aging Study (BHAS) *Aging Clinical and Experimental Research*, 20 (6), 562 – 568.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001 - Resultados Definitivos – Norte. XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. INE, Portugal.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 - Resultados Definitivos – Norte. XV recenseamento geral da população: V recenseamento geral da habitação*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 resultados definitivos - Portugal*. Lisboa: INE.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lidel: Edições técnicas, Lda.

Resolução da Assembleia da República nº1/2001. Aprova, para ratificação, a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, aberta à assinatura dos Estados membros do Conselho da Europa em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, aberto à assinatura dos Estados membros em Paris, em 12 de Janeiro de 1998. Diário da República n.º 2/2001, Série I-A (2001-01-03) 14 – 36. Acedido em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Cordeiro, M. (1990). Avaliação da Saúde em Gerontologia. O Idoso – Problemas e Realidades. *Manual Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda.

Correia, F. (2012). *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.

Costa, A.C.M. (2017). Autoconceito, otimismo e expectativas profissionais em adolescentes do ensino profissional e do ensino secundário. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Psicologia da Educação, Portugal.

Costa, M. (2006). *Cuidar Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2ª Edição). Coimbra: Formasau – Edições Sinais Vitais.

Creed, P., Patton, W. & Bartrum, D. (2012). Multidimensional Properties of the Lot-R: Effects of Optimism and Pessimism on Career and Well-Being Related Variables in Adolescents - *Journal of Career Assessment*, 10(1).

Declaração de Helsínquia (2008). Acedido em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

Despacho n.º 12427/2016 (2016). Cria um grupo de trabalho interministerial para apresentar uma Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, e define a sua composição, Diário da República n.º 199/2016, Série II (2016-10-17), 30783 - 30784.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA (2015): definições e classificação 2015-2017 *NANDA International*. Organização: T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Barros, A., Cruz, D., Avena, M., Napoleão, A., Brasil, V. & Lopes, C. Porto Alegre: Artmed. Acedido em <http://www.unipacgv.com.br/capa/wp-content/uploads/2017/10/NANDA-2015-2017-EBOOK-1-1.pdf>

Díaz, A. (2007). Farmacologia Geriátrica in H. Blanco: *Síndromes Geriátricas. Versão portuguesa*. Revisfarma – Edições Médicas, Lda.

Dicionário da Língua Portuguesa (2015). *Dicionários Editora*. Porto: Porto Editora.

Doi, Y. & Minowa, M. (2003). Factor structure of the 12-item general health questionnaire. The Japanese general adult population. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 57 (4): 379-83.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE, *Adaptação e revisão: Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem*. Edição: Outubro 2015.

Lei nº 156/2015, (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série I. Nº181 (2015-09-16), 8059 – 8105.

Decreto-Lei nº 104/98 (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto, Diário da República, Série I-A. Nº 93 (98-04-21), 1739 - 1757.

European Commission (2015). *Demography Report*. Luxembourg. Acedido em <http://ec.europa.eu/>

Eurostat (2015). *Statistics explained*. Acedido em <http://ec.europa.eu/eurostat>

Faria, M.C.C.S. (2000). *Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI: conhecer através da relação e orientação para a saúde*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra.

Fernandes, A. (2005). Envelhecimento e Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23 (2) Julho/Dezembro.

Fernandes, A. (2007) Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social XLII (183)*. *Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*.

Fernández-González, L., González-Hernández, A. & Trianes-Torres, M. (2015). Relationships between academic stress, social support, optimism-pessimism and self-esteem in college students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 111-130.

Ferreira, P. & Ferreira, L. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (2) (Julho/Dezembro).

Ferreira, P. & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2) (Julho/Dezembro).

Ferreira, Z. (2011). *Percepção do Estado de Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada*. Tese de Mestrado em Saúde e Envelhecimento. Universidade de Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.

Fortin, F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière education. Lusodidata, Lisboa.

Gao, F., Luo, N., Thumboo, J., Fones, C., Li, S. & Cheung, Y. (2004). Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them? *Health Quality of Life Outcomes*, 2(1): 63.

Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

Goldberg, D. & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 (1), 139-145.

Goldberg, P. & Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-NELSON.

González-Romá, V., Lloret, S. & Espejo, B. (1993). Comparación de los modelos de medida del Cuestionario de Salud General (GHQ-12). *Psicológica*, 14: 259-268.

Gouveia, V., Chave, S., Oliveira, I., Dias, M., Gouveia, R. & Andrade, P. (2003). A utilização do GHQ-12 na população geral: estudo da sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 19 (3): 241-248, Brasília, Brasil.

Gouveia, V., Barbosa, G., Andrade, E. & Carneiro, M. (2010). Factorial validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-12) the Brazilian physician population. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (7): 1439-1445.

Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(3): 132-8.

Gureje, O. (1991). Reliability and the factor structure of the Yoruba Version of the 12-Item General Health Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (2): 125-9.

Gustavsson-Lillius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J. & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology e Health*, 27(2), 178-95.

- Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Instituto Nacional de Estatística (2002, Outubro). *Censos 2001 Resultados Definitivos - Região Norte*. Lisboa: INE. Acedido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2012, Novembro). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Norte*. Lisboa: INE. Acedido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Acedido em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Lisboa: INE. Acedido em <http://www.ine.pt>
- International Longevity Centre Brazil (2015). *Active ageing: a policy framework in response to the longevity revolution*. Rio de Janeiro, Brasil. Acedido em <http://ilcbrazil.org/news/active-ageing-a-policy-framework-in-response-to-the-longevity-revolution/>
- Júnior, A. (1999). Idosos em movimento – mantendo a autonomia: um projecto para promover a saúde e a qualidade de vida através de actividades físicas. *Actas do Seminário da qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física*. Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Kahn, R. L. (2003). Successful aging: Intended and unintended consequences of a concept. In L. W. Poon, S. H. Gueldner, & B. M. Sprouse (Eds.), *Successful aging and adaptation with chronic diseases* (pp. 55–69). New York: Springer.
- Kaiser, H., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34 (1): 111-117.
- Laranjeira, C. (2008a). General Health Questionnaire - 12 itens: Adaptation study to the Portuguese Population. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale* 17 (2): 148-151.

Laranjeira, C. (2008b). Tradução e validação portuguesa do Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Universitas Psychologica* 7 (2): 469-476. Acedido em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672008000200013

López, M. & Dresch, V. (2008). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema* 20(4): 839-43.

Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M., Fernández-Fernández, V. & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Psychology*. May-Jun, 146(3):277-92.

Manuilila, L., Manuila, A., Lewalle, P. & Nicoulin, M. (2000). *Dicionário Médico*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Makowska, Z., Meucz, D., Moscicka, A. & Kolasa, W. (2002). The Validity of General Health Questionnaires GHQ-12 and GHQ-28 in mental health studies of working people. *International Journal of Occupational Medicine Environment and Health* 15 (4): 353 – 62. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12608623>

Michalos, A. & Zumbo, D. (2000). *Health and Quality of Life. Sine loco*. Social Indicators Research.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017). *Relatório de Portugal - Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa: Terceiro ciclo de revisão e avaliação da Estratégia de Implementação Regional do Plano Internacional de ação de Madrid Sobre o Envelhecimento*. Lisboa. Centro de Informação e Documentação.

Montazeri, A., Harirchi, A., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M. & Fateh, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health Quality of Life Outcomes*, 1: 66.

Mota, J. & Carvalho, J. (1999). Programas de actividade física no concelho do Porto. *Actas do Seminário da qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física*. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto.

Moura, C. (2009). *Século XXI: Século do Envelhecimento (2ª Edição)* Loures: Lusociência

Moyer, C., Ekpo, G., Calhoun, C., Greene, J., Naik, S., Sippola, E., Stern, D., Adanu, R., Koranteng, I. & Anderson, F. (2008). Quality of Life, Optimism/Pessimism, and Knowledge and Attitudes Toward HIV Screening Among Pregnant Women in Ghana. *Women's Health Issues* 18 (4), 301-309.

Neri, A. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alinea.

Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A. & Veríssimo, M. (2008). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da população Portuguesa*. Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Oliveira, G. (2008). *Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos*. Tese de Doutoramento. João Pessoa: Universidade Federal do Paraíba.

Pais-Ribeiro, J., Leal, I., Pereira, A., & Monteiro, S. (2012). Dimensionalidade do Otimismo. In *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da Saúde em Doenças crónicas*, pp 220-226. Lisboa, Portugal: Editora Placebo.

Pais-Ribeiro, J. (2007). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crónica in J.L.P. Ribeiro (Eds.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pänkäläinen, et al. (2016). Pessimism and risk of death from coronary heart disease among middle-aged and older Finns: an eleven-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16: 1124.

Papassotiropoulos, A., Heun, R. & Maier, W. (1997). Age and cognitive impairment influence the performance of the General Health Questionnaire Comprehensive. *Psychiatry* 38(6): 335-40.

Paúl C. & Fonseca A., Fernando C. & Cerejo A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre o envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* 6 (2).

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS 6ª Edição*. Lisboa: Sílabo.

Podsakoff, P., MacKenzi, S. & Podsakoff, N. (2012). Sources of Method Bias in Social Science Research and Recommendations on How to Control It. *Annual Review of Psychology*, 63: 539–69.

Polit, D. & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed p.183.

Pordata (2017). *Retrato de Portugal*. Edição 2017. Lisboa. Acedido em www.pordata.pt

Pordata (2018). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*. Acedido em www.pordata.pt.

Queirós, A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Quarteto. Coimbra.

Regulamento da União Europeia n.º 141/2013. Acedido em <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:047:0020:0048:PT:PDF>

Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011, de 22 de Dezembro. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/145040>

Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água.

Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.

Sánchez, A., Uriel, M., Gonzalo, A., Suñen, P., de las Obras, S. & Videgain, C. (1990). A study of mental distress in old age. *Atención Primaria, Jan;7(1): 44-8.*

Scheier, M. & Carver, C. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4 (3): 219-247.*

Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67(6), 1063-1078.*

Schmitt, N. & Stults, D. (1985). Factors defined by negatively keyed items: the results of careless respondents?. *Applied Psychological Measurement, 9(4): 367-73.*

Silva, P. (2014). Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sénior em Portugal. *Cadernos de Saúde Pública, 30 (11): 2387-2400.*

Silva, S. (2011) Pedagogia do Ressentimento: o otimismo nas concepções e nas práticas de ensino. *Revista Brasileira Estudos Pedagógicos, 92 (230): 107-125.*

Snyder, C. & Lopez, S. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas.* Porto Alegre: Artmed.

United Nations Economic Commission for Europe (2015). *Active Ageing Index 2014.* UNECE. Acedido em [https://statswiki.unece.org/display/AAI/VI.+Documents+and+publications.](https://statswiki.unece.org/display/AAI/VI.+Documents+and+publications)

Vintém, J. (2008) Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão do sexo e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 26 (2) Julho/Dezembro.*

Werneke, U., Goldberg, D., Yalcin, I. & Ustun, B. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 30 (4): 823-9.*

Wieczkowska, H. (2017). Correlations between satisfaction with life and selected personal resources among students of Universities of the Third Age. *Clinical Interventions in Aging*, Vol.12 August: 1391-1399.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 4 (10).

World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Genebra. Acedido em <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.

World Health Organization (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day*. Genebra. Acedido em http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/en/

World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. Genebra Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

Ye, S. (2009). Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12): The role of wording effects. *Personality and Individual Differences*, 46(2): 197-201.

Zaidi, A. (2014). *Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review*. *Human Development Report Office (UNDP)*. New York. Acedido em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf

ANEXOS

ANEXO I

General Health Questionnaire 12 (GHQ-12)

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL-12 itens

(Versão portuguesa do General Health Questionnaire)

Ultimamente:

O conjunto de questões que vai responder, pretende saber como as pessoas se têm sentido nos últimos tempos, relativamente aos acontecimentos de vida em geral.

Por favor, responda a todas as questões, pondo uma cruz (**X**) na resposta que melhor se aplica a si. Lembre-se que queremos informações sobre como se sente **no presente** ou como se tem sentido **recentemente**, e não sobre como se sentiu no passado.

1 – tem conseguido concentrar-se no que faz?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

2 – tem perdido muitas horas de sono por estar preocupado(a)?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

3 – tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

4 – tem-se sentido capaz de tomar decisões?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

5 – tem-se sentido constantemente sob pressão?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

6 – tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

7 – tem sentido prazer nas suas actividades diárias?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

8 – tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?

- Melhor do que habitualmente
- Como habitualmente
- Menos do que habitualmente
- Muito menos do que habitualmente

9 – tem-se sentido triste ou deprimido(a)?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

10 – tem perdido confiança em si próprio(a)?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

11 – tem-se considerado uma pessoa sem valor?

- Não, absolutamente
- Como habitualmente
- Mais do que habitualmente
- Muito mais do que habitualmente

12 – Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?

() Melhor do que habitualmente

() Como habitualmente

() Menos do que habitualmente

() Muito menos do que habitualmente

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO II

Pedido de autorização ao autor para a utilização do GHQ-12

Pedido de Autorização de Utilização da Escala GHQ12 - Paulo Rua

Caixa de entrada



PTRUA .

para carloslaranjeira, mim

[Ocultar detalhes](#)

De: PTRUA . herrptrua@gmail.com

Para: carloslaranjeira@hotmail.com
herrptrua@gmail.com

Data: 18/02/2017, 12:06

[Ver detalhes de segurança](#)

Bom dia Prof Carlos Laranjeira.

Agradeço-lhe o envio do seu estudo de adaptação da escala GHQ12 para a População Portuguesa via Researchgate.

No âmbito do meu Mestrado em Enfermagem Avançada pedia-lhe autorização para a utilização da escala GHQ12 e o envio da mesma adaptada para a População Portuguesa.

Obrigado. Boa Semana.

Enf Paulo Rua
herrptrua@gmail.com

De: carlos laranjeira
carloslaranjeira@hotmail.com
Para: herrptrua@gmail.com
Data: 21/02/2017, 14:14
[Ver detalhes de segurança](#)

Caro Paulo:

Em anexo segue a informação que solicita relativa ao questionário de saúde geral. Gostaria de posteriormente tomar conhecimento dos resultados que obtiver com esta escala.

Bom trabalho...
Carlos Laranjeira

ANEXO III

Versão Portuguesa da escala LOT-R

TESTE DE ORIENTAÇÃO DE VIDA - Revisto

(Versão Portuguesa do Life Orientation Test-R; SCHEIER, CARVER & BRIDGES, 1994)

Não existem respostas certas ou erradas. Seja cuidadoso(a) ao responder à questão de cada item e não deixe que a resposta duma influencie a respostas às outras. Emita a sua opinião a partir da seguinte escala:

- 0 – Discordo bastante
- 1 – Discordo
- 2 – Neutro
- 3 – Concordo
- 4 – Concordo bastante

1 – Em situações difíceis espero sempre o melhor.	0	1	2	3	4
2 – Para mim é fácil relaxar.	0	1	2	3	4
3 – Se alguma coisa de errado tiver de acontecer comigo, acontecerá de certeza.	0	1	2	3	4
4 – Sou sempre optimista relativamente ao futuro.	0	1	2	3	4
5 – Eu gosto muitos dos meus amigos.	0	1	2	3	4
6 – Para mim, é importante manter-me ocupado(a).	0	1	2	3	4
7 – Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor.	0	1	2	3	4
8 – Não fico facilmente preocupado(a).	0	1	2	3	4
9 – Raramente espero que as coisas boas me aconteçam.	0	1	2	3	4
10 – No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.	0	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO IV

Pedido de autorização ao autor para a utilização da Escala LOT-R

Notifications

3

Updates Messages Requests

Escala LOT-R

Report message · Block user

Back to list

New message



Paulo Pinheiro Rua

May 8, 2015

Boa Noite Prof Carlos Laranjeira.

Frequento o Mestrado em Enfermagem Avançada na Universidade Católica Portuguesa no Porto. Tive oportunidade em estudar a sua obra publicada e estou interessado em realizar um trabalho de investigação pondo em prática a Escala LOT-R que traduziu e validou. Gostaria de obter a sua autorização para a utilização da Escala.

Obrigado,
Enf. Paulo Rua

Carlos Laranjeira to you

May 12, 2015

Caro Paulo:

Relativamente ao pedido formulado, é com todo o gosto que autorizo a utilização do referido instrumento.

Envio em anexo o instrumento com as regras para a sua utilização. Quanto ao retorno dos resultados, gostaria de obter as informações psicométricas/ clinimétricas da escala, para posteriores comparações.

Bom trabalho...
Cmps
Carlos Laranjeira



Paulo Pinheiro Rua

Jan 12, 2016

Boa Tarde Professor Carlos,

Espero que tenha tido umas Boas Festas/Passagem de Ano. Agradeço-lhe a autorização concedida e enviar-lhe-ei os resultados com todo o gosto.

Envio-lhe esta mensagem por não encontrar na sua resposta o anexo que descreve e pedia-lhe para (re) enviar novamente o mesmo por aqui via RG ou para o meu mail - herrprua@gmail.com

Obrigado. Bom Ano.
Cmps
Paulo Rua



Paulo Pinheiro Rua

Jun 20, 2016

Boa Tarde Prof Carlos! Aguardo o instrumento e as suas regras de utilização conforme referiu em mensagem anterior. Obrigado

Paulo Rua

carlos laranjeira

Gmail

Mover para caixa de entrada

COMPOR

Lot-r

Caixa de entrada x

- Caixa de entrada
- Correio enviado
- Spam (13)**
- Lixo
- Círculos
- Apple Mail To Do
- Deleted Items
- Finanzen (1)**
- Recibos
- Sent Items
- Tudo por Emila
- Tuna
- Mais



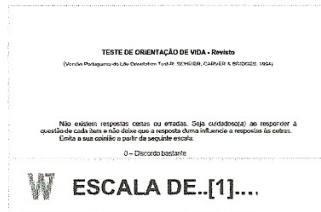
carlos laranjeira <carloslaranjeira@hotmail.com>

para mim

Caro Paulo:

Envio em anexo o instrumento com as regras para a sua utilização.

Bom trabalho...
Cmps



Clique aqui para [Responder](#) ou [Encaminhar](#)

4,61 GB (30%) de 15 GB utilizados
[Gerir](#)

[Termos - E](#)

ANEXO V

Modelo de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: OTIMISMO E PERCEÇÃO DE SAUDE EM IDOSOS NO GRANDE PORTO

Enquadramento: ESTUDO NO ÂMBITO DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado EM ENFERMAGEM PELA UNIVERSIDADE CATOLICA DO PORTO

Explicação do estudo: Pretende-se estudar o otimismo e a percepção de saúde em Idosos no Grande Porto com recurso a escalas que caracterizam o otimismo (LOT-R) e a percepção de saúde (GHQ-12). Deste modo proceder-se-à à:

Preenchimento pelo investigador de dados socio demográficos como idade, sexo, estado civil, escolaridade e proveniência.

Preenchimento da escala LOT-R para avaliação de Otimismo pelo Idoso e da escala GHQ 12 para avaliação de percepção global de saúde por entrevista presencial.

Condições e financiamento: A adesão ao estudo é voluntária. Pode desistir do estudo a qualquer momento. Estudo sem qualquer financiamento. Estudo sem qualquer encargo financeiro ou prejuízo do foro físico e moral para o indivíduo.

Este estudo mereceu o parecer favorável Comissão de Ética do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Garantia de Confidencialidade: Os dados colhidos neste estudo estarão protegidos pela confidencialidade. Os questionários serão numerados conforme forem sendo entregues. Em momento algum o participante é identificado. O tratamento e codificação dos dados recolhidos garantem a privacidade e confidencialidade do participante.

Obrigado por participar.

Enfermeiro Paulo Rua, Centro Hospitalar de São João E.P.E., 963065883,
herrptrua@gmail.com

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de em qualquer altura recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização dos meus dados pessoais voluntariamente fornecidos por mim para todos os instrumentos a utilizar acima descritos. Confio que os meus dados apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelo investigador.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA O PARTICIPANTE**

ANEXO VI

Questionário de Caracterização Socio-Demográfica

Questionário

Caracterização Socio-Demográfica

1 – Sexo:

Masculino Feminino

2 – Idade (anos) :

3 – Estado Civil:

Casado (a) Viúvo (a) Divorciado (a) Solteiro (a)

4 – Escolaridade:

Sem escolaridade Sabe ler e escrever Instrução primária Curso médio

Curso Superior Outras Habilitações Quais:

5 – Proveniência:

Local onde Nasceu (Distrito, Conselho e Freguesia)

_____/_____/_____

ANEXO VII

Parecer Ético pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica do Centro
Regional do Porto



CATOLICA
INSTITUTE
OF BIOETHICS

PORTO

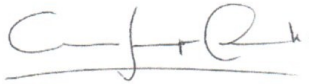

ETHICS LAB

**ETHICAL ANALYSIS,
CONSULTATION AND
MONITORING OF SCIENTIFIC
RESEARCH PROJECTS AND
CLINICAL TRIALS**





ETHICS REPORT

Institution	Instituto de Ciências da Saúde - UCP
Principal investigator	Paulo Guilherme Távora Rua
Proposal name	Otimismo e percepção de Saúde em Idosos do grande Porto
ESR number	04/2017
Ethics reviewer name	Ana Sofia Carvalho  Joana Araújo 
Assessment Date	04.05.2017

ETHICS OPINION

Este estudo tem como objetivo avaliar de que forma o otimismo está relacionado com a percepção global de saúde em participantes idosos. O recrutamento será efetuado em espaços públicos de lazer e os idosos com problemas relacionados com a cognição, ou seja com a capacidade de decisão comprometida, serão excluídos.

X	ETHICS CLEARANCE (the proposal is 'ethics ready')	YES
	CONDITIONAL ETHICS CLEARANCE AN ETHICS ASSESSMENT REQUIRED (i.e. clearance is subject to conditions, i.e. ethics requirements. The requirements must fulfilled before the commencement of the experimental part of the work and the Ethics Assessment Report will be provided)	
	NO ETHICS CLEARANCE (i.e. the project cannot as such be assessed)	

ETHICS CHECK

In your opinion, would an Ethics Check during the project implementation be necessary?

No Yes

Reasons (mandatory if YES):

Appropriate Timing (mandatory if YES):