



Artigo original

Independência funcional de pessoas idosas com perturbações mentais: um estudo num serviço de psicogeriatría em Portugal



Maria Piedade Brandão^{a,b,*}, Joana Gonçalves^c, Pedro Sá-Couto^{d,e} e Liliana Sousa^{b,c}

^a Escola Superior de Saúde (ESSUA), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

^b Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Universidade do Porto, Porto, Portugal

^c Secção Autónoma das Ciências da Saúde (SACS), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

^d Centro de Investigação e Desenvolvimento em Matemática e Aplicações, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

^e Departamento de Matemática (DMAT), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 4 de março de 2013

Aceite a 11 de junho de 2015

On-line a 24 de agosto de 2015

Palavras-chave:

Pessoa idosa

Independência funcional

Perturbações mentais

Avaliação geriátrica

R E S U M O

A dependência funcional em pessoas idosas aumenta a necessidade de cuidados sociais e de saúde. Contudo, a vasta literatura sobre independência funcional raramente se tem centrado nas pessoas idosas com perturbações mentais. Este estudo avalia a independência funcional de pessoas idosas (≥ 65 anos) com perturbações mentais. Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo em que os dados foram obtidos a partir de processos clínicos no serviço de psicogeriatría do Hospital Magalhães de Lemos, Porto, Portugal. A amostra compreende 157 participantes. A independência funcional foi avaliada através do sistema de avaliação de pessoas idosas EASYCare e as perturbações mentais obtidas a partir do diagnóstico clínico. Os principais resultados indicam 4 grupos considerando a independência funcional: independentes (44,7%), dependentes ligeiros (36,8%), dependentes moderados (13,2%) e dependentes severos (5,3%). A independência funcional em pessoas idosas com perturbação mental é relevante para os serviços sociais e de saúde planificarem programas de promoção da autonomia e bem-estar.

© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: mpiedade@ua.pt (M.P. Brandão).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.06.001>

0870-9025/© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Functional independence of old people with mental disorders: a study in a psychogeriatric unit in Portugal

A B S T R A C T

Keywords:

Older persons
Functional independence
Mental disorders
Geriatric assessment

Functional dependency in older persons increases the need of social and health care. However the vast literature on functional independency has rarely focused on older people with mental disorders. This study examines functional independency in older persons (≥ 65 years old) with mental disorders. This is a cross-sectional and retrospective study; data were obtained from clinical processes at the psychogeriatric unit of the Hospital Magalhães Lemos, Porto, Portugal. The sample comprises 157 participants. Functional independence was assessed with EASYCare (Elderly Assessment System); mental disorders were obtained from the clinical diagnosis. Main findings suggest four groups according to functional in/dependency: independent (44.7%), light dependent, (36.8%), moderate dependent (13.2%) and severe dependent (5.3%). Functional independence in older persons with mental disorders is relevant for social and health services to plan programs that promote autonomy and well-being.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

As perturbações mentais e comportamentais são condições clínicas caracterizadas por «alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento»¹. A mesma fonte refere ainda que «as perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas fenómenos claramente anormais ou patológicos» (p.21). A Organização Mundial de Saúde (OMS) sublinha ainda que para serem classificadas como perturbações é preciso que esses fenómenos anormais ou patológicos ocorram de forma continuada ou recorrente e que impliquem deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida¹. As perturbações mentais estão associadas a elevada morbilidade e mortalidade, contribuindo para a diminuição dos anos de vida com qualidade². A OMS recomenda que as perturbações mentais sejam integradas na formulação de políticas para a melhoria da saúde das populações¹. Estima-se que no mundo existam cerca de 450 milhões de pessoas com perturbações mentais. Em Portugal, dados de 2007 indicam que as perturbações mentais atingem 30% da população geral e um terço da população idosa³. Nas pessoas idosas as perturbações mentais mais frequentes são as depressivas e demências, seguindo-se psicoses e perturbação de abuso de substâncias e álcool³⁻⁵. A independência funcional refere-se à capacidade para executar atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que constituem práticas frequentes e necessárias a todos os indivíduos⁶; a dependência funcional constitui uma desvantagem social e restrição da participação que leva à necessidade de auxílio de terceiros. A literatura sugere que a diminuição da independência funcional, sobretudo quando associada a doenças crónicas, compromete a qualidade de vida e aumenta a probabilidade

de recorrer a cuidados sociais e de saúde, incluindo a institucionalização, podendo em casos mais graves conduzir à mortalidade em idade precoce⁷. A independência funcional tem sido extensamente estudada na população idosa em geral e em populações idosas com problemas respiratórios, artrites, diabetes, hipertensão e doenças circulatorias^{5,8,9}. Os estudos indicam que a dependência funcional em pessoas idosas aumenta com a idade¹⁰⁻¹². Além disso, verifica-se que a comorbilidade compromete a independência funcional, a perceção do bem-estar e a qualidade de vida e aumenta a complexidade e exigência de cuidados^{4,12,13}. Assim, atualmente, a avaliação da independência funcional é uma prioridade dos serviços de saúde e de ação social, em todo o mundo, incluindo em Portugal^{9,14,15}. Contudo, a literatura tem focado menos a independência funcional em pessoas idosas com perturbações mentais (não foram encontrados estudos na população portuguesa). A escassa literatura neste âmbito sugere que as perturbações mentais em pessoas idosas se associam ao declínio na independência funcional, ameaçando as competências de autocuidado^{2,5}; outros estudos sugerem que a relação entre independência funcional e perturbação mental se caracteriza por reciprocidade, isto é, a perturbação mental pode precipitar a dependência funcional e a dependência pode intensificar a perturbação mental^{2,16,17}. O objetivo geral deste estudo é avaliar a in/dependência funcional de pessoas idosas com perturbações mentais. Em termos específicos irá: a) definir grupos de independência funcional considerando as ABVD e as AIVD; b) caracterizar esses grupos em termos sociodemográficos (género, idade, estado civil, composição do agregado familiar, nível de escolaridade formal); c) caracterizar esses grupos em termos clínicos (diagnóstico principal e avaliação cognitiva). Os resultados são relevantes pois dão orientações aos serviços de saúde e sociais no desenho de programas de intervenção que promovam a independência funcional em pessoas idosas com perturbação mental.

Material e métodos

Desenho do estudo

Realizou-se um estudo observacional, transversal e retrospectivo de utentes idosos (≥ 65 anos) com perturbação mental, do Serviço de Psicogeriatría do Hospital Magalhães de Lemos (HML), Porto, Portugal. Este hospital pertence à rede do Sistema Nacional de Saúde, sendo especializado em cuidados de psiquiatria e saúde mental; a área de abrangência inclui a região norte de Portugal (concelhos do Porto, Matosinhos, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Trofa e Vila do Conde), servindo cerca de 560 mil habitantes¹⁸. O Serviço de Psicogeriatría assegura o diagnóstico e acompanhamento de pessoas idosas com diagnóstico de perturbação mental.

Participantes

Foi constituída uma amostra não probabilística de conveniência, a partir dos processos clínicos de utentes que recorreram à consulta externa de rotina (ou seja, residentes na comunidade) entre janeiro e abril de 2010 (a administração do hospital autorizou a recolha de dados às quartas e quintas-feiras, por serem dias de menor afluência de utentes e, assim, de maior disponibilidade dos funcionários para colaborar). Os critérios de inclusão foram: ≥ 65 anos; diagnóstico de perturbação mental de acordo com o diagnóstico clínico no processo; ter preenchido o EASYCare na dimensão de relativa à independência funcional.

A recolha dos dados foi realizada pela primeira autora no Serviço de Psicogeriatría (num gabinete com privacidade disponibilizado para o efeito) através do seguinte procedimento:

i) o funcionário administrativo selecionava os utentes com ≥ 65 anos com consulta externa nesse dia e realizava uma primeira abordagem a esses utentes e seu(s) acompanhante(s) para questionar a sua disponibilidade para uma breve reunião com a investigadora; ii) aqueles que se mostravam recetivos eram encaminhados ao gabinete onde estava a investigadora, que informava sobre os objetivos e metodologia do estudo e solicitava autorização para consulta do processo, garantindo confidencialidade; além disso esclarecia todas as questões/dúvidas; todos os que concordavam em colaborar assinavam o consentimento informado; iii) os processos eram então trazidos pela funcionária administrativa, consultados e selecionados os que cumpriam os critérios de inclusão; iv) os dados relativos às variáveis em estudo eram extraídos para uma base de dados e os processos devolvidos ao secretariado. No período de recolha de dados foram consultados 346 processos, dos quais 188 foram excluídos por não terem o EASYCare totalmente preenchido e/ou por o diagnóstico clínico não estar claramente definido. Assim, a amostra decorre de 157 processos clínicos.

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do HML e foi aprovado pelo Presidente do Conselho de Administração e pela Diretora Clínica do Serviço de Psicogeriatría em 2 de dezembro de 2009.

Instrumento

Foram utilizadas as respostas ao instrumento EASYCare dado que este permite avaliar de forma simples as necessidades das pessoas idosas, fornecendo um perfil de necessidades e prioridades relativas aos cuidados^{19,20}, estando validado para a população idosa portuguesa^{9,21}. Este instrumento efetua

Tabela 1 – Scores nos itens ABVD, AIVD e problemas fisiológicos

Atividades básicas de vida diária – ABVD	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Incapaz
Consegue movimentar-se dentro de casa*	0	5	7
Consegue subir e descer escadas	0	2	5
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira quando estão próximas**	0	4	7
Usa a casa de banho	0	5	8
Consegue utilizar a banheira ou o chuveiro	0	6	–
Consegue tratar do seu arranjo pessoal	0	5	–
É capaz de se vestir	0	3	6
É capaz de se alimentar sozinho	0	5	8
Atividades instrumentais de vida diária – AIVD			
Consegue fazer o seu trabalho doméstico	0	3	5
Consegue preparar as suas refeições	0	2	4
É capaz de ir fazer compras	0	2	4
É capaz de andar fora de casa***	0	–	6
Consegue lidar com o dinheiro	0	2	4
Consegue usar o telefone	0	1	3
Consegue tomar a sua medicação	0	2	4
Problemas fisiológicos	Não tem	Sim, ocasionalmente	Tem frequentemente
Tem problemas com a bexiga.	0	6 ^a	8
Tem problemas com as fezes.	0	6 ^b	9

* Com cadeira de rodas mas sem ajuda = 4.

** Com bastante ajuda = 6.

*** Alguns metros mas não chega aos 50 = 4.

^a Menos de uma vez por dia.

^b Menos de uma vez por semana.

a caracterização das necessidades das pessoas idosas em 7 dimensões: aspetos sensoriais, percepção do estado de saúde, sensação de solidão, qualidade da habitação, depressão, diminuição cognitiva e independência funcional. Neste estudo apenas se considerou a dimensão independência funcional (tabela 1), em que scores mais elevados indicam mais dependência. A validação portuguesa apresenta uma consistência interna²² muito boa na dimensão global da independência funcional (α Cronbach=0,94), muito boa no fator AIVD (α Cronbach=0,92) e boa no fator ABVD (α Cronbach=0,88)^{9,21}. O EASYcare pode ser administrado por profissionais de saúde ou ação social, com formação específica; no Serviço de Psicogeriatría do HML foi preenchido pelo enfermeiro, membro da equipa multidisciplinar atribuída ao utente, através de entrevista aos utentes e seus cuidadores informais (familiares ou outros responsáveis).

Variáveis

Os processos foram consultados e extraídas as seguintes variáveis:

- sociodemográficas (género, idade, estado civil, composição do agregado familiar e anos de educação formal);
- clínicas (diagnóstico principal e avaliação cognitiva);
- dimensão do EASYCare relativa à independência funcional.

Como variáveis dependentes foram consideradas as variáveis ABVD (9 itens), AIVD (6 itens) e problemas fisiológicos (tem problemas com a bexiga e tem problemas com as fezes); as variáveis sociodemográficas e clínicas constituíram-se como variáveis independentes.

Análise de dados

Efetou-se análise descritiva para as variáveis sociodemográficas e clínicas, análise inferencial e análise de clusters para identificar grupos de independência funcional. Para identificar relações de associação entre variáveis sociodemográficas e género foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson sempre que os pressupostos se verificaram ou o teste exato de Fisher. Para avaliar a consistência interna dos fatores foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach²³.

Para analisar os participantes de acordo com a sua independência funcional efetuou-se uma análise de clusters, usando o método de análise particional (não hierárquico). Para estimar o número ótimo de clusters foi calculado o R^2 ajustado para o número de clusters obtidos, considerando a linha de corte de 80%, um valor satisfatório para a percentagem de variabilidade explicada pelo número total de clusters²³. Os dados em falta (*missing data*) na análise de clusters corresponderam a 28,6%. Devido a este valor, só registos completos foram considerados válidos, dado que qualquer método de imputação de dados poderia enviesar bastante os resultados. Para identificar diferenças significativas entre os grupos com diferentes níveis de independência funcional nas variáveis quantitativas do estudo foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para as comparações múltiplas foi utilizado o teste Mann-Whitney com correção de Bonferroni para testes simultâneos e para as variáveis qualitativas utilizou-se o teste exato de Fisher.

Todas as análises utilizaram o programa de *software* estatístico SPSS para Windows versão 18.0, sendo adotado para os testes inferenciais o nível de significância de 5%.

Resultados

Características da amostra

A amostra (tabela 2) compreende 157 participantes, com média etária de 76,1 (dp=6,0) anos; a média etária do sexo masculino é 75,6 (dp=5,7) anos e do sexo feminino é 76,3 (dp=6,1) anos, não havendo diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$). A maioria dos participantes é do sexo feminino: 72%. Verifica-se que 56,1% dos participantes é casado ou vive em união de facto. Observa-se maior proporção de homens casados ou em união de facto e maior proporção de mulheres no grupo dos viúvos. Cerca de um quarto (24,5%) dos participantes nunca frequentaram o ensino formal. Considerando as variáveis «com quem vive», observa-se que as mulheres vivem em maior proporção com o cônjuge por comparação com os homens (58,3 vs. 41,7%, $p < 0,05$). Em relação ao diagnóstico principal, quase metade dos participantes (46,5%) apresentam diagnóstico de demência e 19,4% apresenta perturbações depressivas.

Grupos de independência funcional, variáveis sociodemográficas e clínicas

Os participantes foram agrupados em 4 grupos (R^2 ajustado=0,84), segundo os níveis de independência funcional (tabela 3). O primeiro grupo denominou-se «independentes» (44,7%), pois os participantes são independentes em todas as tarefas (AIVD e ABVD). O grupo denominado «dependentes ligeiros» (36,8%) apresenta alguma dependência no fator AIVD, mas apresenta-se independente no fator ABVD. O grupo denominado «dependentes moderados» (13,2%) demonstra alguma dependência em ABVD e AIVD, mais acentuadas nas AIVD. O grupo denominado «dependentes severos» (5,3%) demonstra dependência em ambos os fatores, mais acentuadas nas ABVD. Quando se compararam os grupos em função do nível de independência, observam-se diferenças: i) no fator AIVD, em que o grupo dos independentes e o grupo dos dependentes ligeiros não apresentam dificuldades, sendo significativamente diferentes dos restantes grupos ($p < 0,001$); os dependentes severos apresentam dificuldades elevadas nas AIVD, não havendo diferenças significativas entre os dependentes severos e os moderados ($p = 0,018$); ii) no fator ABVD todos os grupos de independência funcional são significativamente diferentes entre si ($p < 0,001$), sendo que o grau de dificuldade nas ABVD aumenta do grupo dos independentes até ao grupo dos dependentes severos; iii) a dependência funcional é significativamente diferente entre todos os grupos ($p < 0,001$).

Nas variáveis sociodemográficas também se observam diferenças significativas entre os grupos de independência funcional: i) na idade observam-se diferenças significativas entre o grupo dos independentes em comparação com o grupo dos dependentes severos, salientando-se o grupo dos independentes com uma média etária inferior (72,8 vs.

Tabela 2 – Características dos participantes segundo o género

	Total n (%)	Género		Estatística	
		Homens n (%)	Mulheres n (%)		
Género					
Total	157 (100,0)	44 (28,0)	113 (72,0)	$\chi^2(1) = 30,3$; $p < 0,001$	
Escalão etário					
65-69 anos	24 (15,3)	7 (29,2)	17 (70,8)	Fisher = 3,93; $p = 0,548$	
70-74 anos	38 (24,2)	14 (36,8)	24 (63,2)		
75-79 anos	47 (29,9)	14 (29,8)	33 (70,2)		
80-84 anos	36 (22,9)	8 (22,2)	28 (77,8)		
85-89 anos	10 (6,4)	1 (10,0)	9 (90,0)		
90-94 anos	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (100,0)		
Estado civil					
Solteiros	13 (8,3)	1 (7,7)	12 (92,3)	Fisher = 17,2; $p < 0,001$	
Casados/união de facto	88 (56,1)	36 (24,7)	52 (63,3)		
Divorciados/separados	4 (2,5)	1 (25,0)	3 (75,0)		
Viúvos	52 (33,1)	6 (11,5)	46 (88,5)		
Com quem vive					
Cônjuge	60 (38,2)	25 (41,7)	35 (58,3)	$\chi^2(4) = 10,1$; $p = 0,037$	
Cônjuge e descendentes	26 (16,6)	7 (26,9)	19 (73,1)		
Descendentes ou outros familiares	36 (22,9)	6 (16,7)	30 (83,3)		
Sozinhos	26 (16,6)	4 (15,4)	22 (84,6)		
Institucionalizados	9 (5,7)	2 (22,2)	7 (77,8)		
Educação formal					
Nenhuma	38 (24,5)	6 (15,8)	32 (84,2)	Fisher = 6,4; $p = 0,149$	
1-4 anos	93 (60,0)	27 (29,0)	66 (71,0)		
5-9 anos	8 (5,2)	4 (50,0)	4 (50,0)		
10-12 anos	12 (7,7)	4 (33,3)	8 (66,7)		
> 12 anos	4 (2,6)	2 (50,0)	2 (50,0)		
Diagnóstico principal					
Demências	72 (46,5)	23 (31,9)	49 (68,1)	Fisher = 4,3; $p = 0,471$	
Perturbações depressivas	30 (19,4)	5 (16,7)	25 (83,3)		
Demências e perturbações depressivas	10 (6,5)	2 (20,0)	8 (80,0)		
Psicoses	9 (5,8)	4 (44,4)	5 (56,6)		
Perturbações da ansiedade	5 (3,2)	2 (40,0)	3 (60,0)		
Outros diagnósticos	29 (18,6)	8 (27,6)	21 (72,4)		
Avaliação cognitiva					
Sem diminuição	44 (28,8)	13 (29,5)	31 (70,5)		$\chi^2(1) = 0,1$ $p = 0,428$
Com diminuição	109 (71,2)	29 (26,6)	80 (73,4)		

78,8, $p < 0,001$); ii) na variável «agregado familiar», salienta-se maior proporção de indivíduos institucionalizados no grupo dos dependentes moderados em relação aos outros grupos ($p < 0,05$); iii) relativamente ao «estado civil», observa-se maior proporção de indivíduos sós (solteiros, viúvos ou divorciados), relativamente aos casados ou em união de facto no grupo dos dependentes severos ($p < 0,05$).

Quanto às variáveis clínicas também foram observadas diferenças significativas entre os grupos de independência funcional: i) quanto ao «diagnóstico principal», o grupo dos independentes apresenta maior prevalência de perturbações depressivas e de ansiedade quando comparado com o grupo dos dependentes moderados, observando-se maior prevalência de demências no grupo dos dependentes moderados em

relação ao grupo dos independentes ($p = 0,01$); ii) na «avaliação cognitiva», a proporção de indivíduos sem diminuição cognitiva é mais elevada no grupo dos independentes e a proporção de indivíduos com diminuição cognitiva é mais elevada no grupo dos dependentes ligeiros e no grupo dos dependentes moderados ($p < 0,001$).

Discussão

Este estudo indica que 44,7% dos participantes idosos com perturbação mental são independentes (média etária = 72,8 anos), indicando que podem desempenhar as atividades de vida diária de forma independente^{8,24}. Estes resultados

Tabela 3 – Características sociodemográficas, clínicas e incapacidade funcional dos idosos de acordo com a sua independência obtida através da análise de clusters

	Total	C1 n = 51 (44,7%) M (dp)	C2 n = 42 (36,8%) M (dp)	C3 n = 15 (13,2%) M (dp)	C4 n = 6 (5,3%) M (dp)	Estatística	
Idade	76,1 (6,0)	72,8 (5,1)	77,7 (5,2)	77,9 (6,5)	78,8 (3,3)	K-W = 22,5 p < 0,001	
AIVD	17,0 (14,3)	3,5 (4,2)	21,1 (7,1)	37,3 (3,6)	40,3 (1,6)	K-W = 94,5 p < 0,001	
ABVD	4,6 (8,4)	0,8 (2,7)	2,1 (2,9)	14,2 (4,8)	34,0 (4,5)	K-W = 69,2 p < 0,001	
Problemas com a bexiga	2,1 (3,1)	1,1 (2,4)	2,1 (2,9)	3,6 (3,6)	6,4 (3,6)	K-W = 18,8 p < 0,001	
Problemas com as fezes	1,4 (3,0)	1,0 (2,7)	1,0 (2,4)	1,9 (3,2)	7,2 (4,0)	K-W = 17,7 p < 0,001	
Incapacidade funcional	24,1 (24,3)	6,6 (9,0)	26,0 (11,1)	57,1 (12,4)	89,2 (10,5)	K-W = 91,2 p < 0,001	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<i>Agregado familiar</i>							
Vivem com familiares		89 (78,1)	39 (43,8)	35 (39,3)	11 (11,7)	4 (4,7)	Fisher = 13,8; p = 0,014
Vivem sozinhos		19 (16,7)	11 (57,9)	6 (31,6)	0 (0,0)	2 (10,5)	
Vivem em instituições		6 (5,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)	0 (0,0)	
<i>Estado civil</i>							
Estar só		54 (47,4)	19 (35,2)	20 (37,0)	9 (16,7)	6 (11,1)	Fisher = 9,8; p = 0,017
Estar casado/união de facto		60 (52,6)	32 (53,3)	22 (36,7)	6 (10,0)	0 (0,0)	
<i>Diagnóstico principal</i>							
Demências		53 (46,9)	15 (28,3)	23 (43,4)	11 (20,8)	4 (7,5)	Fisher = 25,7; p = 0,010
Perturbações depressivas		25 (22,1)	16 (64,0)	8 (32,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	
Demências e perturbações depressivas		6 (5,3)	1 (16,7)	4 (66,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	
Psicoses		5 (4,4)	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Perturbações da ansiedade		4 (3,5)	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outros diagnósticos		20 (17,7)	13 (65,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	
<i>Avaliação cognitiva</i>							
Sem diminuição		37 (33,3)	28 (75,7)	7 (18,9)	1 (2,7)	1 (2,7)	Fisher = 21,3; p < 0,001
Com diminuição		74 (66,7)	22 (29,7)	34 (45,9)	14 (18,9)	4 (5,4)	

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; C1: independentes; C2: dependentes ligeiros; C3: dependentes moderados; C4: dependentes severos; (dp): desvio-padrão; K-W: Kruskal-Wallis; M: media.

desafiam alguns estereótipos que retratam as pessoas (idosas) com perturbação mental como dependentes; provavelmente tal acontece devido à redução da sua autonomia (capacidade para tomar decisões) e mesmo à tendência para dar ajuda a pessoas que apresentam perturbações mentais¹⁰. Quando comparados estes resultados com os obtidos através do mesmo instrumento na população idosa portuguesa sem perturbação mental²⁵, verifica-se que o grupo dos independentes apresenta numa proporção aproximada (44,7 vs. 54%); contudo, a proporção de dependentes ligeiros (independentes nas ABVD e com alguma dependência nas AIVD) neste estudo (36,8%) é mais do dobro da percentagem obtida para a população geral (15%). Este dado sugere que a perturbação mental será um precipitante ou agravante em termos de atividades que impliquem participação social^{16,17,26}. Em qualquer das populações a deterioração nas ABVD é mais precoce e significativa do que nas AIVD^{16,26,27}. A idade emerge também

neste estudo como determinante da dependência funcional, ou seja, o grupo de independentes apresenta a média etária mais baixa (72,8 anos) e o grupo dos dependentes severos a média etária mais elevada (78,8 anos)²⁵. Contudo, os dados deste estudo, principalmente quando comparados com os resultados do estudo população idosa portuguesa em geral²⁵, sugerem que a dependência tende a emergir em idade mais precoce na população com perturbação mental. No estudo com a população geral⁸ a média etária dos independentes era de 82 anos e dos dependentes severos era de 83,7 anos. Neste estudo as pessoas independentes e as dependentes ligeiras tendem a viver sozinhos ou com familiares (por norma são casados e vivem com o cônjuge); contudo, esta situação parece exigir algum acompanhamento comunitário, pois estas pessoas apresentam demência e/ou perturbação depressiva. Acresce que neste grupo a maioria dos participantes não apresenta comprometimento cognitivo, mas uma percentagem

ainda que diminuta tem comprometimento cognitivo. Os dependentes moderados e os dependentes severos tendem a viver com familiares ou em instituições; contudo, 2 dependentes severos vivem sozinhos. Nestes grupos os participantes tendem a apresentar demência e comprometimento cognitivo.

Limitações e perspectivas de pesquisa

A principal limitação deste estudo centra-se na amostra de conveniência e pequena dimensão. Estudos futuros deverão ter amostras mais alargadas e representativas da população portuguesa; esses estudos poderão comparar população idosa com e sem diagnóstico de perturbação mental. Além disso, seria importante distinguir as perturbações mentais que ocorreram em fases mais precoces da vida, daquelas que ocorreram na velhice. A comparação destas situações seria relevante em termos de planos de promoção do bem-estar e dos cuidados na velhice a pessoas com perturbação mental. Estudos qualitativos poderiam ser desenvolvidos para compreender melhor como pessoas com alguma dependência, diminuição cognitiva e diagnóstico de demência vivem sozinhas e que tipo de apoio formal e informal têm necessidade.

Conclusão

Este estudo centra a independência funcional em pessoas idosas com perturbação mental, dando algumas indicações para o apoio a esta população. Destaca-se que a dependência funcional tende a começar por limitações em AIVD e pela diminuição cognitiva, sugerindo que estes 2 aspetos devem ser prevenidos para possibilitar uma vida independente na comunidade durante o maior tempo possível. As perturbações mentais mais frequentes são a demência e depressão, sendo que a depressão é mais frequente em pessoas independentes e a demência nas pessoas idosas com algum nível de dependência funcional.

Financiamento

Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Bolsa de Doutoramento: SFRH/BD/48778/2008.

Trabalho suportado por fundos portugueses através do Centro de Investigação e Desenvolvimento em Matemática e Aplicações (CIDMA) e a Fundação para a Ciência e Tecnologia através do projeto PEst-UID/MAT/04106/2013.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. *The World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips M, et al. *No health without mental health*. *Lancet*. 2007;370:859-77.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. *Proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal, 2007-2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Ministério da Saúde; 2007.
4. Botelho MA. *Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Laboratórios Bial; 2000.
5. Kelley SDM. *Prevalent mental health disorders in the aging population: Issues of comorbidity and functional disability*. *J Rehabilitation*. 2003;69:19-25.
6. Katz S. *Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living*. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31:721-7.
7. Zhao J, Barclay S, Farquhar M, Kinmonth AL, Brayne C, Fleming J. *The oldest old in the last year of life: Population-based findings from Cambridge city over-75s cohort study participants aged 85 and older at death*. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58:1.
8. Sousa L, Figueiredo D. *Dependence and independence among old persons: Realities and myths*. *Rev Clin Gerontology*. 2002;12:269-73.
9. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. *Quality of life and well-being of elderly people: An exploratory study in the Portuguese population*. *Rev Saude Publica*. 2003;37:364-71.
10. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. *Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects*. *Rev Saude Publica*. 2009;43:796-805.
11. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:255-63.
12. Fujiwara Y, Yoshida H, Amano H, Fukaya T, Liang J, Uchida H, et al. *Predictors of improvement or decline in instrumental activities of daily living among community-dwelling older Japanese*. *Gerontology*. 2008;54:373-80.
13. De Luca M, Crocco P, Wiener H, Tiwari HK, Passarino G, Rose G. *Association of a common LAMA5 variant with anthropometric and metabolic traits in an Italian cohort of healthy elderly subjects*. *Exp Gerontol*. 2011;46:60-4.
14. Boger J, Craig T, Mihailidis A. *Examining the impact of familiarity on faucet usability for older adults with dementia*. *BMC Geriatr*. 2013;13:63.
15. De Werd MM, Boelen D, Rikkert MG, Kessels RP. *Errorless learning of everyday tasks in people with dementia*. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1177-90.
16. Dirik A, Cavlak U, Akdag B. *Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: Gender differences*. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;42:339-50.
17. Lee Y. *The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults*. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:123-9.
18. Portugal. Ministério da Saúde. Hospital Magalhães de Lemos. *Relatório e contas 2010*. Porto: Hospital Magalhães de Lemos EPE; 2010.
19. Philp I. *EASY-care: A systematic approach to the assessment of older people*. *Geriatric Med*. 2000;30:15-9.
20. Sousa L, Figueiredo D. *Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar*. *Psicologica*. 2000;25:19-24.
21. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. *EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas)*. *Rev Estat*. 2002;26:10-25.

22. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 5.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
23. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate data analysis*. 3rd ed. New York: MacMillan; 1992.
24. Ory M, Kinney Hoffman M, Hawkins M, Sanner B, Mockenhaupt R. Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *Am J Prev Med*. 2003;25 3 Suppl 2:164-71.
25. Sousa L, Figueiredo D. (In)dependência na população idosa: um estudo exploratório na população portuguesa. *Psychologica*. 2003;33:109-22.
26. Sauvaget C, Yamada M, Fujiwara S, Sasaki H, Mimori Y. Dementia as a predictor of functional disability: A four-year follow-up study. *Gerontology*. 2002;48:6-233.
27. Bergland A, Narum I. Quality of life demands comprehension and further exploration. *J Aging Health*. 2007;19:39-61.