

4 OS MUITO IDOSOS: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

| Rogério Rodrigues¹; Luís Loureiro²; Sandrina Crespo³; Cristiana da Silva⁴;

RESUMO

CONTEXTO: A abordagem da saúde mental no contexto do envelhecimento é complexa, pois a sua manutenção resulta de fatores socioeconómicos, habilitações literárias, género, idade e saúde física. É essencial reconhecer a sua importância para a qualidade de vida do idoso e integrar este aspeto na avaliação geriátrica.

OBJETIVO: Avaliar a capacidade funcional na área de saúde mental dos indivíduos com idade ≥ 75 anos do concelho de Coimbra.

METODOLOGIA: Estudo quantitativo e descritivo, com uma amostra aleatória estratificada por sexo, ano de nascimento e área de residência, de 1153 indivíduos com idade ≥ 75 anos. O instrumento de recolha de dados foi o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos.

RESULTADOS: Verifica-se que os homens do grupo etário 75-84 anos apresentam melhores resultados no Short Portable Mental Status Questionnaire e no Short Psychiatric Evaluation Schedule. As mulheres e os indivíduos com idade ≥ 85 anos referiram pior autoavaliação e maior perceção de agravamento do seu estado mental.

CONCLUSÃO: Na área de saúde mental destaca-se que as mulheres e os indivíduos mais idosos (≥ 85 anos) apresentam, tendencialmente, piores classificações. Face aos resultados descritos torna-se evidente a necessidade de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, englobando também a área da saúde mental, e a integração de serviços de saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Saúde mental; Avaliação geriátrica

RESUMEN

“Los muy ancianos: Evaluación funcional en el área de salud mental”

MARCO CONTEXTUAL: El enfoque en salud mental en el contexto del envejecimiento es complejo porque depende de factores socioeconómicos, nivel educativo, género, edad y salud física. Es esencial reconocer su importancia para la calidad de vida de las personas mayores e integrar este aspecto en la evaluación geriátrica.

OBJETIVO: Evaluar la capacidad funcional en la salud mental de la población ≥ 75 años de Coimbra.

METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo y descriptivo, con muestra aleatoria estratificada por género, edad y lugar de residencia, de 1153 individuos. Se utilizó el Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos.

RESULTADOS: Se denota que los hombres en el grupo de edad de 75-84 años tienen mejores resultados en el Short Portable Mental Status Questionnaire y Short Psychiatric Evaluation Schedule. Las mujeres y las personas de edad ≥ 85 años reportaron peor autoevaluación y una mayor percepción de deterioro de su estado mental.

CONCLUSIÓN: En la salud mental se resalta que las mujeres y los sujetos de edad avanzada (≥ 85 años) presentan, tendencialmente, calificaciones peores. Teniendo en cuenta los resultados descritos, es evidente la necesidad de una evaluación multidimensional de la persona mayor que también abarque el ámbito de la salud mental y la integración de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud.

DESCRIPTORES: Envejecimiento; Salud mental; Evaluación geriátrica

ABSTRACT

“The oldest old: Functional evaluation in mental health area”

THEORETICAL FRAMEWORK: The approach to mental health in the context of ageing is complex because its maintenance results of socio-economic factors, qualifications, gender, age and physical health. It is essential to recognize its importance to elderly's quality of life and integrate that aspect in geriatric evaluation.

OBJECTIVE: To assess the functional status in mental health of individuals aged 75 years old or more of Coimbra.

METHODOLOGY: Quantitative and descriptive study. The randomized sample was stratified by gender, age and place of residence and it is composed by 1153 individuals. The questionnaire used was Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos.

RESULTS: Men of the age group 75-84 have better results in the Short Portable Mental Status Questionnaire and in the Short Psychiatric Evaluation Schedule. Women and individuals aged ≥ 85 years old reported worse self-assessment and greater perception of deterioration in their mental state.

CONCLUSION: In mental health, it is emphasized that women and older individuals (≥ 85 years) have, tendentially, worse ratings. Given the results described the need of a multidimensional assessment of the elderly is evident. Mental health area and the integration of mental health services within primary health care are to be encompassed too.

KEYWORDS: Aging; Mental health; Geriatric assessment

Submetido em 23-09-2014

Aceite em 30-11-2014

1 Doutor em Ciências de Enfermagem; Investigador na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem; Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Avenida Bissaya Barreto, Coimbra, Portugal, rogerio@esenfc.pt

2 Doutor em Saúde Mental; Professor Adjunto na ESEC, Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Coimbra, luisloureiro@esenfc.pt

3 Licenciada em Enfermagem; Bolseira de Investigação na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal, sandrina@esenfc.pt

4 Licenciada em Enfermagem; Bolseira de Investigação na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal, cfribeiro@esenfc.pt

Citação: Rodrigues, R. M. C., Loureiro, L. M. J., Crespo, S. S. S., & Silva, C. F. R. (2014). Os muito idosos: Avaliação da funcionalidade na área de saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (12), 25-33.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que assenta no aumento da esperança média de vida e na diminuição das taxas de fertilidade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011).

Em Portugal, o número de idosos também tem vindo a aumentar, quer em termos absolutos quer em termos relativos (Ferreira, Rodrigues, e Nogueira, 2006), refletindo a diminuição da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios da população ativa (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013).

O índice de envelhecimento é, atualmente, de 131 pessoas idosas (≥ 65 anos) por cada 100 jovens (0-14 anos), sendo a esperança média de vida de 79,8 anos (INE, 2013). Este fenómeno é mais acentuado nas mulheres, refletindo a sua maior longevidade (INE, 2013).

O número e proporção dos muitos idosos (≥ 85 anos) tem vindo a aumentar, constituindo cerca de 12,0% da população nos países desenvolvidos e sendo, em alguns países, a faixa etária com crescimento mais rápido (OMS, 2011). Estes indivíduos apresentarão maior risco de incapacidade na área de saúde mental sendo um foco relevante de estudo e intervenção.

A saúde mental pode ser definida como um “estado de bem-estar em que o indivíduo tem perceção do seu próprio potencial, consegue lidar com o stresse diário, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2014, p. 2).

A saúde mental da pessoa idosa relaciona-se tanto com as suas experiências passadas, como com o contexto específico do envelhecimento e o período pós-reforma e está intimamente relacionada com fatores como o estatuto socioeconómico, habilitações literárias, género, etnia, idade e saúde física (OMS & Fundação Calouste Gulbenkian [FCG], 2014).

Cerca de 20,0% dos adultos com mais de 60 anos sofrem de um problema de saúde mental, ou neurológico, sendo os mais prevalentes a depressão e a demência (OMS, 2013).

A depressão é uma doença que se pode tornar muito incapacitante, impossibilitando os idosos de realizar as suas atividades de vida diária (AVD) e é frequentemente subdiagnosticada. A sua deteção precoce, com tratamento eficaz e personalizado, otimizará os ganhos em saúde na população idosa (Lima, Silva, e Ramos, 2009).

A demência é uma síndrome caracterizada por declínio na memória, pensamento e comportamento, concomitante com a incapacidade para realizar as AVD de forma autónoma, e afeta sobretudo a população idosa (OMS, 2013). Deve dar-se especial atenção ao declínio cognitivo ligeiro, com uma prevalência estimada de 3,0 a 17,0%, que constitui um estágio de transição entre as alterações cognitivas normais do envelhecimento e um estágio inicial de demência, pelo que poderá ser um foco relevante de intervenção precoce, prevenindo situações de declínio cognitivo mais graves (Costa e Sequeira, 2013). A depressão e o declínio cognitivo estão muito frequentemente interrelacionados. No estudo de Lima et al. (2009), a prevalência de depressão foi significativamente maior nos idosos com função cognitiva alterada e naqueles mais dependentes fisicamente. Estes problemas estão subidentificados, especialmente nos idosos, pois o estigma permanentemente associado à doença mental funciona como um obstáculo à procura de ajuda (OMS, 2013).

Ao analisar as diferenças de género os estudos demonstram que as mulheres apresentam pior saúde mental do que os homens. Sendo que, os problemas de saúde mental nos homens estão mais relacionados com doenças crónicas, enquanto nas mulheres estão mais relacionados com os fatores sociais (OMS & FCG, 2014).

Nas diferenças entre grupo etário, observa-se que há um aumento do risco de incidência de depressão com o avançar da idade tanto para homens como para mulheres (OMS & FCG, 2014).

Os problemas relacionados com a saúde mental, particularmente a depressão, estão associados a um maior risco de morbilidade, negligência no autocuidado e, inclusivamente, maior risco de suicídio. A depressão pode, ainda, funcionar como impulsionadora de doenças crónicas, tal como inversamente, as doenças crónicas podem agravar os sintomas depressivos (Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apóstolo, e Cardoso, 2013).

Similarmente, a disfunção cognitiva poderá levar a dificuldades na tomada de decisão e na realização de tarefas, traduzindo-se numa redução das relações sociais e aumentando a propensão para o isolamento e depressão (Figueiredo, Assis, Silva, Dias, e Mancini, 2013). Neste contexto, desenvolveu-se em Coimbra um projeto com o intuito de avaliar as áreas funcionais de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD, e a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio social, pelos indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de tipo descritivo e correlacional, realizado no concelho de Coimbra, no âmbito do projeto de investigação Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra (PTDC/CS-SOC/114895/2009).

População e Amostra

A população alvo é constituída pelos utentes com idade ≥ 75 anos (a 31 de dezembro de 2011) inscritos e residentes na área geográfica dos seis centros de saúde do concelho de Coimbra, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego. Englobava 16474 indivíduos tendo sido obtida uma amostra (aleatória simples, estratificada por sexo, ano de nascimento e área de residência) de 1153 participantes, correspondendo a 7,0% da população.

Procedimento para a Recolha de Dados

O primeiro contacto com os participantes foi realizado pelo seu Enfermeiro. Caso este se mostrasse disponível, era contactado pelo investigador e agendada a entrevista.

A fase de recolha de dados decorreu de junho de 2012 a outubro de 2013. As entrevistas ocorreram, preferencialmente, no domicílio mas também no centro de saúde de acordo com a preferência do entrevistado, com uma duração média de 47 minutos.

Caraterização da Amostra

A amostra é constituída por 422 participantes do sexo masculino e 731 do feminino. Quanto ao grupo etário é constituída por 814 indivíduos de 75-84 anos e 339 com ≥ 85 anos.

O estado de solteiro foi referido maioritariamente por mulheres (10,1% do sexo feminino e 1,4% do sexo masculino), enquanto a percentagem de homens casados é superior (76,1% e 33,9%, respetivamente). A situação de viúvo é mais frequente nas mulheres (52,5% e 20,6%, respetivamente).

Não sabiam ler nem escrever 8,8% dos homens e 26,0% das mulheres. Detinham o ensino básico primário, 51,4% dos homens e 45,6% das mulheres, e o ensino superior 9,5% dos homens e 6,0% das mulheres.

Para estas variáveis, a diferença entre sexo, e grupo etário, são significativas ($p < 0,001$).

Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento utilizado foi o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), versão portuguesa do Older Americans Resources and Services (OARS).

O QAFMI é composto por duas partes: a A avalia a funcionalidade nas áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD; a B recolhe informação sobre a utilização e necessidade sentida, nos últimos seis meses, de 23 serviços.

A avaliação da saúde mental inclui: o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) que avalia o défice da função cognitiva, determinando se o idoso é idóneo para responder ou se é necessário recorrer a um informante; o Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES) para identificação de sintomas psiquiátricos; e a autoavaliação da saúde mental.

O SPES é composto por 15 perguntas (resposta sim ou não) e avalia quatro fatores (satisfação com a vida; perturbação do sono; energia; e paranoia).

O modelo QAFMI/OARS de pontuação permite a agregação desta informação, sintetizando-a numa escala que classifica o indivíduo em função da existência de sintomas psiquiátricos desde não significativos a sintomas psiquiátricos graves.

A partir destes parâmetros é definido o padrão de funcionalidade de cada participante, pontuando-o de 1 a 6, que corresponderá a excelente, boa, limitação pequena, limitação moderada, limitação grave e limitação total (Ferreira et al., 2006).

Tratamento Estatístico dos Dados

Os dados obtidos foram processados no programa informático SPSS® versão 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) do Windows, tendo-se recorrido à estatística descritiva e inferencial.

Considerações Ético-legais

O estudo foi autorizado pela Administração Regional de Saúde do Centro, e obteve parecer positivo da Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização N°1713/2012) e da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (parecer N° 90-05/2012). Foi obtido o consentimento informado dos participantes.

RESULTADOS

Para a análise às respostas ao SPMSQ calculou-se o número de erros, criando-se dois grupos (<5 erros; ≥ 5 erros). A análise foi efetuada por grupo etário e sexo recorrendo ao teste de qui-quadrado (opção three-way). Para avaliar o sentido da relação, nos casos em que os testes apresentavam significância estatística ($p < 0,05$), calcularam-se os resíduos ajustados estandardizados, assim como, a medida de associação correspondente (ϕ), para caracterizar a “força” da associação na tabela de 2x2.

Como se pode observar na tabela 1, relativamente à distribuição dos erros por sexo e grupo etário, as diferenças encontradas nos três testes realizados são estatisticamente significativas ($p < 0,001$), sendo o valor das medidas de associação modestos.

A leitura da tabela mostra, recorrendo aos resíduos ajustados estandardizados por célula que as maiores diferenças entre frequências observadas e esperadas se situam a nível do género masculino do seguinte modo: idade de 75-84 anos e <5 erros, e idade ≥85 anos com um nível ≥5 erros. Este sentido da relação mantém-se nas tabelas seguintes, querendo significar que é mais provável encontrar a ocorrência de menos de cinco erros nas idades de 75-84 anos.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual dos erros em função do grupo etário por sexo dos participantes. Inclui testes de diferença de proporções do qui-quadrado (opção three-way)

Erros				
Sexo por grupo etário	< 5 erros	≥ 5 erros	Total	χ
Masculino				
75-84	307 (78,5)*	13 (41,9)	320 (75,8)	20,971 ($p < 0,001$) ($\phi = 0,223$)
≥85	84 (21,5)	18 (58,1)*	102 (24,2)	
Total	391	31	422	
Feminino				
75-84	441 (72,5)*	53 (43,1)	494 (67,6)	40,479 ($p < 0,001$) ($\phi = 0,235$)
≥85	167 (27,5)	70 (56,9)*	237 (32,4)	
Total	608	123	731	
Total				
75-84	748 (74,9)*	66 (42,9)	814 (70,6)	65,898 ($p < 0,001$) ($\phi = 0,239$)
≥85	251 (25,1)	88 (57,1)*	339 (29,4)	
999	154	1153		

*Célula com valor de resíduo ajustado estandardizado $\geq 1,96$

Para avaliar a distribuição das respostas ao SPES os sintomas psiquiátricos foram categorizados em quatro grupos (sintomas graves, evidentes, leves e não significativos), em função do sexo e grupos etários. Procedeu-se ao cálculo do teste do qui-quadrado para comparação de proporções (χ^2), incluindo a medida de associação V de Cramer (VC).

Como se pode observar na tabela 2, no grupo 75-84 anos encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), em termos de distribuição do grau de sintomatologia em função do sexo, sendo o valor da medida de associação modesto ($VC = 0,28$). Uma leitura mais atenta permite-nos verificar que os sintomas graves, evidentes e ligeiros estão mais presentes nas mulheres, comparativamente aos homens cuja sintomatologia não é significativa.

Diferenças significativas ($p < 0,001$) são também encontradas ao nível da distribuição conjunta das duas variáveis, mas tendo agora em análise apenas o grupo etário com idade ≥ 85 anos. Neste caso, os homens voltam a manifestar sintomas não significativos, enquanto nas mulheres são mais preponderantes os sintomas evidentes.

Quando analisada a distribuição dos sintomas e sexo dos participantes, mas tomando a amostra global (não dividindo em termos de grupos etários), o padrão da distribuição é idêntico ao grupo 75-84 anos, sendo que as mulheres apresentam sintomas leves, evidentes e graves, enquanto os homens sintomas não significativos. O valor da medida de associação também é modesto.

Tabela 2 - Distribuição da categorização dos sintomas psiquiátricos em função do sexo, por grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)

		Sintomas				
		Graves	Evidentes	Leves	Não significativos	Total
75-84 anos[A]	Masculino	9 (2,9)	26 (8,3)	52 (16,7)	225 (72,1)*	312
	Feminino	56 (11,8)*	90 (18,9)*	115 (24,2)*	215 (45,2)	476
	Total	65 (8,2)	116 (14,7)	167 (21,2)	440 (55,8)	788
≥85 anos[B]	Masculino	5 (5,6)	3 (3,3)	25 (27,8)	57 (63,3)*	90
	Feminino	20 (9,4)	48 (22,5)*	68 (31,9)	77 (36,2)	213
	Total	25 (8,3)	51 (16,8)	93 (30,7)	134 (44,2)	303
Global[C]	Masculino	14 (3,5)	29 (7,2)	77 (19,2)	282 (70,1)*	402
	Feminino	76 (11,0)*	138 (20,0)*	183 (26,6)*	292 (42,4)	689
	Total	90 (8,2)	167 (15,3)	260 (23,8)	574 (52,6)	1091

* Resíduos ajustados estandardizados $> 1,96$; [A] $\chi^2(3) = 61,835; p = 0,000; VC = 0,28$; [B] $\chi^2(3) = 87,823; p = 0,000; VC = 0,29$; [C] $\chi^2(3) = 87,823; p = 0,000; VC = 0,28$

Nota: por questões de apresentação gráfica, a variável dependente (sintomas psiquiátricos) surge apresentada em coluna.

No sentido de verificar como se distribuem as respostas às dimensões paranoia, energia, perturbação do sono, satisfação com a vida e não integrado, em função do sexo e incluindo na análise os grupos etários em separado e no total, procedeu-se ao cálculo do teste de comparação de proporções (teste z) com correção de Bonferroni, a partir do procedimento multiple response table do SPSS.

Da leitura da tabela 3 podemos verificar que nos itens relativos ao fator paranoia, apenas no item vontade de fugir de casa, as mulheres apresentam uma frequência maior, comparativamente aos homens, e esta diferença observa-se apenas no grupo 75-84 anos.

No fator energia as diferenças significativas ($p < 0,05$) observam-se nos seguintes itens: período em que não podia mais (tanto no grupo 75-84 anos, como no grupo ≥ 85 anos, sendo comparativamente superior nas mulheres); sente que não serve para nada (no grupo ≥ 85 anos); sente-se muitas vezes fraco (sendo em ambos os grupos superior nas mulheres); dificuldade em manter o equilíbrio (superior para ambos os grupos nas mulheres); palpitações e falta de ar (superior nas mulheres no grupo 75-84 anos); e bem a maior parte do tempo (item de interesse com contagem não, sendo em ambos os grupos superior nas mulheres).

No fator perturbações do sono, apenas se observam diferenças significativas no item acordar fresco e descansado (item de interesse com contagem não) no grupo 75-84 anos, sendo superior nas mulheres.

No fator satisfação com a vida, não se observam diferenças com significado estatístico em nenhum dos itens.

No item não integrado, podemos verificar que as dores de cabeça surgem com maior frequência nas mulheres para ambos os grupos.

No que respeita à autoavaliação feita pelos idosos relativamente à sua saúde mental, podemos observar a partir da tabela 4, diferenças estatisticamente significativas nos três testes realizados, quer analisando a associação entre autoavaliação da saúde mental e sexo, diferenciando o grupo etário, quer ainda no global da amostra. Os valores das medidas de associação obtidas revelam-se modestos nos três casos.

Da análise do sentido das relações obtidas, podemos constatar que no grupo 75-84 anos, a autoavaliação da saúde como ótima e boa surge, mais do que o expectável, nos homens, enquanto nas mulheres a autoavaliação recai nas categorias razoável e má.

No grupo etário com idade ≥ 85 anos observamos que os homens se autoavaliam mais do que o expectável na ótima e as mulheres na má. Quando analisados o global da amostra em termos de sexo e autoavaliação, a percepção da saúde mental dos homens tende a estar associada à ótima e boa e as mulheres à razoável e má.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e percentual das respostas aos itens da saúde mental em função do sexo dos participantes (por grupo etário). Inclui teste z de comparação de proporções ajustado para comparações múltiplas pelo procedimento de Bonferroni

Itens	Grupo etário (anos)			
	75-84		≥ 85	
	Masculino (A)	Feminino (B)	Masculino (A)	Feminino (B)
Vontade de fugir de casa (sim) - PAR	11 (19,0)	47 (81,0)A	1 (12,5)	7 (87,5)
Ninguém o compreende (sim) - PAR	53 (31,2)	117 (68,8)	16 (23,2)	53 (76,8)
Período em que não podia mais (sim) - ENE	25 (27,1)	90 (78,3)A	5 (10,2)	44 (89,8)A
Sono irregular e inquieto (sim) - PER-S	126 (31,8)	270 (68,2)	43 (29,5)	103 (70,5)
Trama contra si (sim) - PAR	14 (35,0)	26 (65,0)	--- (0,0)#	2 (100,0)
Sente que não serve para nada (sim) - ENE	76 (30,8)	171 (69,2)	35 (21,1)	131 (78,9)A
Muitas vezes fraco (sim) - ENE	71 (27,1)	191 (72,9)A	21 (15,2)	117 (84,8)A
Dores de cabeça (sim) - N-INT	74 (24,3)	230 (75,7)A	20 (17,9)	92 (82,1)A
Dificuldade em manter o equilíbrio (sim) - ENE	90 (29,8)	212 (70,2)A	46 (23,4)	151 (76,6)A
Palpitações e falta de ar (sim) - ENE	35 (18,0)	159 (82,0)A	8 (16,0)	42 (84,0)
Só a maior parte das vezes (sim) - S-VID	3 (15,8)	16 (84,2)	--- (0,0)#	1 (100,0)
Acorda fresco e descansado (não) - PER-S	69 (25,7)	199 (74,3)A	22 (21,8)	79 (78,2)
Vida interessante (não) - S-VID	71 (30,7)	160 (69,3)	27 (21,3)	100 (78,7)
Feliz maior parte do tempo (não) - S-VID	46 (26,9)	125 (73,1)	15 (20,5)	58 (79,5)
Bem a maior parte do tempo (não) - ENE	67 (26,8)	183 (73,2)A	19 (17,1)	92 (82,9)A

Legenda: PAR (Paranoia); ENE (Energia); PER-S (Perturbação do sono); N-INT (Não integrado); S-VID (satisfação com a vida)

#teste não realizado por não existência de casos em um dos grupos

Nota: nos casos em que as diferenças são estatisticamente significativas, estas são assinaladas com uma letra que aparece sobreposta na célula com maior valor percentual

Tabela 4 - Distribuição das respostas da percepção da saúde mental em função do sexo, por grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)

		Autoavaliação da saúde mental					Total
		Ótima	Boa	Razoável	Má	NS/NR	
75-84 anos[A]	Masculino	54 (16,9)*	146 (45,6)*	109(34,1)	5 (1,6)	6 (1,9)	320
	Feminino	42 (8,5)	172 (34,8)	232 (47,0)*	29 (5,9)*	19 (3,8)	494
	Total	96 (11,8)	318 (39,1)	341 (41,9)	34 (4,2)	25 (3,1)	814
≥85 anos[B]	Masculino	16 (15,7)*	35 (34,3)	35 (34,3)	3 (2,9)	13 (12,7)	102
	Feminino	18 (7,6)	69 (29,1)	107 (45,1)	22 (9,3)*	21 (8,9)	237
	Total	34 (10,0)	104 (30,7)	142 (41,9)	25 (7,4)	34 (10,0)	339
Global[C]	Masculino	70 (16,6)*	181 (42,9)*	144 (34,1)	8 (1,9)	19 (4,5)	422
	Feminino	60 (8,2)	241 (33,0)	339 (46,4)*	51 (7,0)*	40 (5,5)	731
	Total	130 (11,3)	422 (36,6)	483 (41,9)	59 (5,1)	59 (5,1)	1153

* Resíduos ajustados estandardizados >1,96

[A] $\chi^2(4)$ = 36,151;p=0,000;VC=0,21; [B] $\chi^2(4)$ = 12,243;p=0,016; VC =0,19; [C] $\chi^2(4)$ = 47,436;p=0,000; VC =0,20

Nota: por questões de apresentação gráfica, a variável dependente (sintomas psiquiátricos) surge apresentada em coluna.

No que concerne à percepção da saúde mental comparativamente com há cinco anos atrás (tabela 5), os resultados dos testes revelam diferenças significativas nos diferentes grupos etários e no total da amostra, sendo que o sentido da relação é semelhante nos três casos, isto é, os homens a considerarem-na igual, enquanto as mulheres pior. Também neste caso os valores das medidas de associação são modestos, ainda que os testes apresentem significado estatístico.

Tabela 5- Distribuição das respostas da autoavaliação da saúde mental retrospectivamente (há cinco anos) em função do sexo, por grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)

		Autoavaliação da saúde mental (comparado com há 5 anos)					Total
		Melhor	Igual	Pior	NS/NR		
75-84 anos[A]	Masculino	3 (0,9)	179 (55,9)*	131 (40,9)	7 (2,2)	320	
	Feminino	7 (1,4)	153 (31,0)	315 (63,8)*	19 (3,8)	494	
	Total	10 (1,2)	332 (40,8)	446 (54,8)	26 (3,2)	814	
≥85 anos[B]	Masculino	1 (1,0)	47 (46,1)*	42 (41,2)	12 (11,8)	102	
	Feminino	2 (0,8)	71 (30,0)	142 (59,9)*	22 (9,3)	237	
	Total	3 (0,9)	118 (34,8)	184 (54,3)	34 (10,0)	339	
Global[C]	Masculino	4 (0,9)	226 (53,6)*	173 (41,0)	19 (4,5)	422	
	Feminino	9 (1,2)	224 (30,6)	457 (62,5)*	41 (5,6)	731	
	Total	13 (1,1)	450 (39,0)	630 (54,6)	60 (5,2)	1153	

* Resíduos ajustados estandardizados >1,96

[A] $\chi^2(3)$ =50,184;p=0,000; VC=0,25; [B] $\chi^2(3)$ =10,390;p=0,016; VC=0,18; [C] $\chi^2(3)$ = 59,485;p=0,000; VC=0,23

Nota: por questões de apresentação gráfica, a variável dependente (sintomas psiquiátricos) surge apresentada em coluna.

Relativamente ao estudo da relação entre os sintomas psiquiátricos e a autoavaliação da saúde mental procedeu-se, tal como previamente, ao cálculo do teste de χ^2 . Como se pode observar na tabela 6, a relação encontrada entre as variáveis é estatisticamente significativa, com um valor da medida de associação moderado.

A análise dos resíduos, permitiu-nos verificar que, tendencialmente, os idosos que apresentam sintomas graves e evidentes percecionam a sua saúde mental como razoável e má, enquanto os que apresentam sintomas leves e não significativos, tendem a avaliar-se como tendo uma saúde mental ótima ou boa.

Tabela 6 - Distribuição conjunta da avaliação dos sintomas psiquiátricos em função das respostas da autoavaliação da saúde mental. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)

Autoavaliação saúde mental	Sintomas				Total
	Graves	Evidentes	Leves	Não significativos	
Ótima	2 (1,5)	3 (2,3)	17 (13,1)	108 (83,1)*	130
Boa	13 (3,1)	33 (7,8)	80 (19,0)	295 (70,1)*	421
Razoável	53 (11,0)*	105 (21,8)*	153 (31,8)*	170 (35,3)	481
Má	21 (38,2)*	24 (43,6)*	9 (16,4)	1 (1,8)	55
NS/NR	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	---	4
Total	90 (8,2)	167 (15,3)	260 (23,8)	574 (52,6)	1091

$\chi^2(12)$ = 289,530;p=0,000; VC=0,30;

Por último, os resultados obtidos nas respostas relativas à preocupação com as coisas em geral e o que acha da sua vida. Relativamente à preocupação dos idosos com as coisas (de um modo geral), a preocupação é evidente, sendo que o valor conjunto das opções sempre/quase sempre e algumas vezes representa 71,9% das respostas. Ainda assim é de salientar que 23,1% consideram nunca/quase nunca se preocupar. Quanto à percepção que os idosos têm da sua vida, 39,7% consideram-na interessante, 32,2% monótona e 22,1% aborrecida.

DISCUSSÃO

Ressalvamos que os dados obtidos não revelam um diagnóstico mas poderão auxiliar na identificação de sinais e sintomas psiquiátricos úteis no encaminhamento para cuidados especializados.

De acordo com os autores da versão original do questionário, se o indivíduo errar mais de 5 perguntas no SPMSQ deverá ser um informante a responder ao questionário, o que implica a perda das respostas subjetivas. Contudo, de acordo com Rodrigues (2009), poderá ser necessária uma maior flexibilização tendo em conta que o número de respostas incorretas poderá resultar de outros fatores, como o baixo nível de escolaridade, e não de uma incapacidade do indivíduo para responder ao questionário, por outro lado, pode ocorrer o fenómeno contrário com a pessoa com nível de escolaridade mais elevado (Malhotra, Chan, Matchar, Seow, & Chuo, 2013). No presente estudo este aspeto foi tido em conta de forma a promover, dentro do possível, a resposta pelo próprio indivíduo e não por um informante.

As mulheres, independentemente do grupo etário a que pertencem, parecem apresentar piores resultados (sintomas graves e evidentes). A referência na literatura de que as mulheres idosas apresentam um declínio cognitivo mais acentuado é uma constante, podendo ser devido à sua maior longevidade o que favorece a prevalência de problemas de saúde mental (Macedo, Cerchiari, Alvarenga, e Oliveira, 2012).

Quando questionadas sobre a sua saúde mental, as mulheres voltam a avaliar-se mais negativamente do que os homens. Em termos comparativos, utilizando um horizonte temporal anterior de cinco anos, referem estar pior, comparativamente aos homens, fenómeno também observado por Silva (2014) e que poderá ser explicado pelos fatores supracitados.

Ao analisarmos as diferenças entre grupos etários observamos que os indivíduos de idade ≥ 85 anos apresentam piores resultados, com mais sintomatologia psiquiátrica e classificando-se pior do que os indivíduos do grupo etário mais jovem, como verificado em estudos anteriores (Lima et al., 2009; Oliveira et al., 2010; Rodrigues, 2012; Silva, 2014) e evidenciando um declínio na área de saúde mental (Rodrigues, 2009). De igual modo, o sexo, as habilitações literárias, o grupo etário, as condições habitacionais e morar acompanhado são fatores fortemente associados com o declínio cognitivo (Alvarenga, Oliveira, Faccenda, e Souza, 2011; Macedo et al. 2012). É, assim, notório que com o envelhecimento diminui a capacidade funcional na área de saúde mental e aumenta a prevalência de demências. O investimento na manutenção da saúde cognitiva, através da estimulação cognitiva é fulcral na prevenção do compromisso cognitivo e da incapacidade funcional do idoso (Apóstolo, Cardoso, Marta, e Amaral, 2011; Costa e Sequeira, 2013).

CONCLUSÃO

Da avaliação da saúde mental da população com mais de 75 anos do Concelho de Coimbra ressalta uma diferença significativa entre géneros, e entre grupos etários, apresentando as mulheres e os indivíduos com mais de 85 anos as piores classificações, revelando uma feminização do processo de envelhecimento e um declínio da capacidade nesta área com o avançar da idade.

Face aos resultados descritos torna-se evidente a necessidade de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa englobando a área da saúde mental e a integração de serviços de saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários e das intervenções comunitárias já que a incapacidade nesta área combinada com limitações nas AVD apontam para a institucionalização ou para o intenso apoio domiciliário.

Neste contexto, a promoção da saúde mental na população idosa apresenta-se como um desafio no âmbito dos cuidados de saúde e de apoio social, sendo crucial uma intervenção integrada destes setores de forma a responder às necessidades emergentes deste grupo populacional.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os resultados apresentados remetem-nos para a necessidade de desenhar intervenções que potenciem os aspetos positivos e promovam ativamente o envelhecimento. Algumas pistas para a ação passam pelo estabelecimento de programas conducentes à promoção do envelhecimento ativo. Assim, qualquer estratégia deve assentar na promoção do bem-estar físico, social e mental, com a participação e integração das pessoas idosas, para que estas possam beneficiar da proteção, segurança e de cuidados adequados.

É regularmente referenciado na literatura o prejuízo e declínio cognitivo associados ao envelhecimento. Contudo, em Portugal, existe um número reduzido de estratégias e programas, para a estimulação cognitiva, fundamentais para aumentar a proteção contra a demência (podendo atrasar o seu início), prevenir a dependência e incapacidade do autocuidado (Apóstolo e Cardoso, 2014), como o caso dos programas *The Meeting of the Minds* programme e o *The Upstream Healthy Living Centre* já implementados na Nova Zelândia e em Inglaterra, respetivamente (OMS, 2004).

Estes resultados poderão contribuir para o planeamento das intervenções de Enfermagem na promoção do envelhecimento ativo e saudável das comunidades, centradas nas exigências decorrentes do Plano Nacional de Saúde Mental: 2007-2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, M., Oliveira, M., Faccenda O., & Souza, R. (2011). Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 478-485. Acedido em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20944>

Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2014). Estimulação cognitiva em idosos: síntese da evidência e intervenção. In L. Loureiro (coord.), *Literacia em Saúde Mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 157-183). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193-201.

Cavaleiro, A., Queirós, P., Azeredo, Z., Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). Perturbações afectivo-emocionais no contexto de cuidados em cuidados continuados. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 4-17.

Costa, A., & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9, 14-20. Acedido em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602013000100003&script=sci_arttext

Ferreira, P., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). Avaliação Multidimensional em idosos. Coimbra: Mar da Palavra.

Figueiredo, C., Assis, M., Silva, S., Dias, R., & Mancini M. (2013). Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: longitudinal study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 17(3), 297-306. Acedido em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000094>

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas Demográficas 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Lima, M., Silva, R., & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000100001&script=sci_arttext

Macedo, A., Cerchiari, E., Alvarenga, E., Faccenda, O., & Oliveira, M. (2012). Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 358-363. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007

Malhotra, C., Chan, A., Matchar, D., Seow, D., & Chuo, A. (2013). Diagnostic Performance of Short Portable Mental Status Questionnaire for Screening Dementia Among Patients Attending Cognitive Assessment Clinics in Singapore. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 42, 315-319. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23949260>

Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Organização Mundial de Saúde, & Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Social determinants of mental health. Genebra: Organização Mundial de Saúde e Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf

Organização Mundial de Saúde (2004). Mental health promotion: Case studies from countries. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido em http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/11/country_case_studies.pdf

Organização Mundial de Saúde (2013). Mental health and older adults [Fact sheet n.º 381]. Acedido em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

Organização Mundial de Saúde (2014). Strengthening Mental Health Promotion [Fact sheet n.º 220]. Acedido em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Organização Mundial de Saúde. Instituto Nacional do Envelhecimento. Instituto Nacional de Saúde (2011). Global Health and Aging. Bethesda. Estados Unidos da América: Organização Mundial de Saúde. Acedido em http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/

Rodrigues, R. (2009). Avaliação comunitária de uma população de idosos. Coimbra: Mar da Palavra.

Rodrigues, T. (2012). O modelo OARS na Enfermagem Comunitária: Avaliação da funcionalidade e utilização de serviços de uma população idosa rural. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Silva, S. (2014). Estado funcional e utilização de serviços em idosos no habitat urbano: estudo em São João da Madeira. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública, Santiago de Compostela, Espanha.

Fontes de Financiamento

Projeto financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Operacional Factores de Competitividade (COMPETE) e por Fundos Nacionais através da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) no âmbito do projeto PTDC/CS-SOC/114895/2009.

