

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Autonomia e Funções Cognitivas numa amostra de Idosos de Coimbra sob resposta social

JOANA FILIPA SANTOS FERREIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para a obtenção de grau de
Mestre em Psicoterapia e Psicologia Clínica.

Orientadora da Dissertação: Professora Doutora Esmeralda Macedo
Co-orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, Junho de 2011

**Autonomia e Funções Cognitivas
numa amostra de Idosos de Coimbra
sob resposta social**

JOANA FILIPA SANTOS FERREIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para a obtenção de grau de
Mestre em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora da Dissertação: Professora Doutora Esmeralda Macedo
Co-orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, Junho de 2011

Dedicatória

Aos meus pais Eduardo e Maria, porque a eles devo tudo, pelo apoio incondicional e o esforço investido no meu percurso, que hoje compartilham este importante momento comigo.

Amo - vos muito.

Ao meu namorado, Pedro, por todo o apoio, compreensão, incentivo e paciência na concretização deste meu sonho.

Aos meus familiares e amigos a minha gratidão pelo carinho e apoio que senti, que me deram forças para chegar até aqui.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Esmeralda Macedo, pela compreensão e pela disponibilidade e dedicação.

À Co-Orientadora, Professora Doutora Helena Espírito Santo pelo seu óptimo trabalho e estímulo nos momentos de desânimo.

À Professora Doutora Fernanda Daniel, pela ajuda na análise estatística e por todo o seu empenho.

À Professora Doutora Helena Amaro pela sua disponibilidade e auxílio nesta realização.

Às pessoas que participaram neste estudo por quem tenho muito respeito e consideração.

Às instituições pela sua cooperação e contribuição para a realização desta investigação

*A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização desta
Dissertação*

Índice

Introdução	1
Autonomia	2
Funções Cognitivas	5
Objectivos	6
Material e Métodos	7
Desenho da investigação	7
Procedimentos	8
Amostra	8
Instrumentos	9
Resultados	12
Discussão	19
Conclusão	22
Referências Bibliográficas	23

Índice de Quadros

Quadro 1: <i>Caracterização da Amostra de Idosos do Concelho de Coimbra sob Resposta Social</i>	9
Quadro 2: <i>Diferenças nas Pontuações Médias no MoCA e na Autonomia nas Actividades da Vida Diária (OARS) pelas Variáveis sociodemográficas</i>	13
Quadro 3: <i>Frequência do Grau de Autonomia nas Actividades da Vida Diária Instrumentais numa Amostra de Idosos sob resposta Social do Concelho de Coimbra</i>	14
Quadro 4: <i>Frequência do Grau de Autonomia nas Actividades da Vida Diária Físicas numa Amostra de Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra</i>	15
Quadro 5: <i>Avaliação da Autonomia nas Actividades da Vida Diária (instrumentais e físicas) Categorizada por Nível de Gravidade</i>	15
Quadro 6: <i>Avaliação do Declínio dos Idosos através do Montreal Cognitive Assessment</i>	16
Quadro 7: <i>Frequência dos Graus de Autonomia nas Actividades da Vida Diária (instrumentais e físicas) por e Declínio Cognitivo</i>	16
Quadro 8: <i>Correlações de Pearson entre Autonomia nas AVD Instrumentais, Autonomia nas AVD físicas, Orientação e Memória de Evocação (subescalas do MoCA)</i>	17
Quadro 9: <i>Regressão Logística Preditiva da Probabilidade de ter Problemas na Orientação Medida pelo MoCA</i>	18

Resumo

As limitações no exercício das actividades da vida diária podem afectar o declínio cognitivo. A autonomia dos idosos portugueses é pouco estudada e nunca foi investigado o seu impacto no declínio cognitivo. Com o objectivo de averiguar o tipo de relação entre a autonomia nas actividades da vida diária e o declínio cognitivo Queremos também estimar quantos idosos estão limitados e quantos apresentam declínio cognitivo. Finalmente, queremos saber se a autonomia nas actividades da vida diária prediz o declínio cognitivo. Avaliámos uma amostra de 60 idosos, residentes em Coimbra sob resposta social. Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram o OARS (*Older Americans Resources and Services Program*), que nos serviu para medir a autonomia nas actividades instrumentais e físicas da vida diária, e o MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) para avaliar o declínio cognitivo. A maioria dos idosos, independentemente da sua idade, sexo, e estado civil e da presença de declínio, está limitada na sua autonomia, desde moderada a gravemente. As AVD mais afectadas são, entre as instrumentais, a preparação de refeições e a lida doméstica e, entre as físicas, o tomar banho. A maioria dos idosos apresenta declínio grave (84,4%). A autonomia nas AVD instrumentais correlaciona-se com as capacidades de orientação e memória de evocação medidas pelas subescalas do MoCA. Finalmente, verificámos que a autonomia nas AVD instrumentais prediz o declínio na capacidade de orientação. Podemos concluir que os nossos idosos estão limitados na sua autonomia e que esta limitação aumenta o risco de ter incapacidade de se orientar. Deve-se apostar na reabilitação, para uma melhor reestruturação da autonomia e consequente melhoria na capacidade de se orientar.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Autonomia, Funções Cognitivas; Declínio Cognitivo

Abstract

The limitations in carrying out activities of daily life can affect cognitive decline. The autonomy of elderly Portuguese is little studied and was never investigated its impact on cognitive decline. In order to ascertain the type of relationship between autonomy in activities of daily living and cognitive decline We also estimate how many elderly are limited and those who have cognitive decline. Finally, we want to know if the autonomy in activities of daily living predict cognitive decline. We evaluated a sample of 60 elderly residents in Coimbra in social action. The instruments used in data collection were the OARS (Older Americans Resources and Services Program), which served us to measure autonomy in physical and instrumental activities of daily living, and MoCA (Montreal Cognitive Assessment) to assess cognitive decline. Most seniors, regardless of their age, sex, and marital status and presence of decline, is limited in its range, from moderate to serious. The ADLs most affected are between the instruments, preparing meals and housework, and between the physical, he takes a bath. The most severe decline of the elderly patients (84.4%). Autonomy in ADL is correlated with instrumental skills of orientation and memory recall measured by subscales of MoCA. Finally, we found that autonomy in instrumental ADLs predicts the decline in the ability of orientation. We can conclude that our elderly are limited in their autonomy and that this limitation increases the risk of inability to orient themselves. One should invest in rehabilitation, for a better restructuring of autonomy and consequent improvement in the ability to coach.

Keywords: Aging, Autonomy, Cognitive Function, Cognitive Decline

Introdução

Desde as civilizações mais antigas que se procura compreender a velhice e as modificações decorrentes do avanço da idade, nas quais variam o conceito de envelhecimento e a aceitação da velhice. Há inclusive várias expressões para designar este tipo de população, tais como *velho*, *idoso*, *terceira idade*, não havendo um ajusto de uma expressão adequada e única para designar as pessoas da faixa etária acima dos 60 anos (Freitas, Maruyama, Ferreira, & Motta, 2002; Lima, 2010).

Segundo Hillman (2001) até à passagem do século XVIII para o século XIX, nas sociedades ocidentais, os velhos eram considerados senhores da sabedoria, dos costumes e lendas, dos valores, e ocupavam lugares de prestígio. Nas sociedades tradicionais o idoso era considerado o representante da sabedoria, da memória colectiva, dos valores da ancestralidade e a encarnação da família, ocupando o lugar de poder da tradição.

O envelhecimento é visto como um processo multidireccional e multidimensional, e como consequência de vários factores do ciclo de vida. Deste modo, o envelhecimento deve ser visto na perspectiva biológica, psicológica, sociológica e cronológica (Cupertino., Rosa & Ribeiro, 2007; Duca, Silva, & Hallal, 2009; Sequeira, 2010).

Quer isto dizer que o envelhecimento biológico ocorre devido à incapacidade das células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas e, por conseguinte, morrerem ou perderem gradualmente uma parte das suas funções. Ocorre uma diminuição do metabolismo em consequência da redução das trocas energéticas do organismo (Sequeira, 2010).

Ao longo do processo de envelhecimento todas as funções dos órgãos começam gradualmente a diminuir, como a redução do fluxo renal, a capacidade vital dos pulmões, a tolerância à glicose, a força muscular, entre outras. As menos afectadas são o olfacto, o gosto e a cinestesia (Cancela, 2007). Ao nível do sistema nervoso, ocorre a degenerência neurofibrilar de neurónios, acumulação de placas senis e perda de autonomia (Sequeira, 2010).

Por outro lado, o envelhecimento fomenta enormes exigências psicológicas devido à modificação da estrutura corporal, mudança nos padrões e papéis familiares, assim como profissionais, o abandono de algumas actividades sociais, o luto pela perda

de entes queridos, a solidão, a doença, a perda de autonomia e da independência, e até a preparação para a morte (Fonseca, 2010; Silva, 2009). Também há alterações psicológicas como a falta de motivação, baixa auto-estima e auto-imagem, depressão, hipocondria e até suicídio (Zimerman, 2005).

O envelhecimento predispõe para o aumento de doenças neurodegenerativas, como o Alzheimer e contribuem para a perda de autonomia (Grilo, 2009). Os números da demência são muito elevados, sendo a doença de Alzheimer a mais comum, com 35 milhões de pessoas a sofrerem desta doença no mundo (Bonda et al, 2011).

As demências mais frequentes são demência vascular, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal, sendo a mais comum a demência de Alzheimer (Caramelli & Barbosa, 2002; Lima, 2006; Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005).

Resumindo, o envelhecimento acarreta vários problemas, como o aumento de doenças, a autonomia e o comprometimento das funções cognitivas que podem culminar na demência.

Autonomia

A capacidade funcional está relacionada com a saúde, sendo mesmo um indicador de vida saudável, uma vez que a sua presença possibilita a realização de tarefas básicas que garantem a autonomia funcional do idoso (Andresen, & Puggaard, 2008; Rocha, 2010).

O conceito de nível funcional é bastante complexo, uma vez que engloba outros conceitos como deficiência, incapacidade, desvantagem, assim como autonomia e independência (Medeiros & Guerra, 2009).

Posto isto, é necessário não confundir independência e autonomia que são termos que se complementam, mas não significam o mesmo (Sequeira, 2010).

Segundo Sequeira, (2010) a independência remete para a capacidade de desempenho de actividades de vida diária e de auto cuidado, enquanto a palavra *autonomia* é de origem grega e significa capacidade individual de cuidar de si (auto = eu; nomos = lei) (Zimerman, 2005).

O conceito de autonomia reside na capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitem a adaptação psicossocial, e ser responsável pelos próprios actos (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005). Está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida (Sequeira, 2010).

Por sua vez, o conceito de dependência está relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas, como a dificuldade nas actividades da vida diária (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003; Sequeira, 2010).

A autonomia pode ser contida no conceito de dependência–independência. Quanto maior o grau de independência, maior a probabilidade de autonomia. No entanto, quando a dependência é parcial, pode ainda assim, haver alguma autonomia preservada, dependendo dos arranjos sociais que se é capaz de fazer (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005), ou seja, mesmo que a capacidade de desempenho nas actividades da vida diária esteja diminuída, não é regra que dependa de outros (Andreotti & Okuma, 1999). Segundo Sousa, Galante e Figueiredo (2003), muitas vezes a autonomia está associada a qualidade de vida.

Alguns estudos demonstram que algumas pessoas de idade têm declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas e já outras vivem saudáveis. Isto remete para a ideia que o declínio precoce reflecte patologia e não os efeitos da idade (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Isto é, o declínio funcional e a perda de autonomia é comum, mas não uma regra nas pessoas idosas, e são poucos os idosos que recuperam a sua autonomia perdida. Daí a importância da sua avaliação para o seu tratamento e programas de reabilitação (Rodrigues, 2007).

De modo a melhor compreender o tema é necessário perceber que existem actividades da vida diária básicas e actividades da vida diária instrumentais (John & Montgomery, 2010). As actividades básicas da vida diária (*ABVD*) correspondem às aptidões físicas, são as actividades primárias da pessoa, relacionadas com o auto cuidado e a mobilidade. As actividades instrumentais da vida diária (*AIVD*) avaliam as funções de sobrevivência, que permite ao idoso viver com autonomia e independência (Sequeira, 2010). Como alimentar-se, tomar banho, fazer a higiene pessoal, vestir-se e deambular (Duca, Silva & Hallal, 2009).

Segundo Paixão e Reichenheim (2005) as actividades instrumentais da vida diária (*AIVD*) englobam aspectos mais complexos do dia-a-dia, dizem respeito às aptidões do idoso para gerir o ambiente em que vive, estão relacionadas com as funções executivas. Possibilitam ao idoso adaptar-se ao meio e manter a sua independência. Este tipo de actividades está relacionado com o estado cognitivo e implicam preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupa, manusear dinheiro, o uso de transportes, o uso do telefone, tomar medicação e fazer compras (Duca, Silva & Hallal, 2009;

Costa., Nakatani., & Bachion, 2006; Sequeira, 2010; Xavier, D'Orsi, Sigulem & Ramos, 2010).

Entende-se por actividades da vida diária (*ABVD*) as tarefas que o indivíduo realiza para cuidar de si, como tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, deambular, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter controlo urinário e fecal. (Costa., Nakatani., & Bachion, 2006; Cohen-Mansfield & Jensen, 2007). O distúrbio funcional tem repercussões importantes nas actividades da vida diária, sendo muitas vezes o primeiro sinal visível e que, por vezes, é ignorado (Lourenço & Veras, 2006).

Na revisão literária, as actividades da vida diária foram divididas em níveis hierárquicos, sendo hierarquicamente superiores as funções como fazer compras, cuidar das finanças e cozinhar, que são as primeiras a serem perdidas em comparação com as actividades da vida diária mais básicas como alimentar, vestir e cozinhar (Njegovan, Man-Son-Hing, Mitchell, & Molnar 2001).

A investigação tem demonstrado a estreita relação entre dependência e idade, mostrando que as limitações na capacidade funcional aumenta ao se considerar idades mais avançadas, depois dos 75 ou 80 anos (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Segundo Figueiredo (2007), existem ainda actividades avançadas da vida diária, que englobam acções mais complexas, relacionadas com o trabalho, actividades de lazer, exercício físico e contactos sociais. No entanto, estes aspectos não fazem parte da avaliação multidimensional do idoso.

A revisão literária tem mostrado que o exercício físico regular permite conservar a autonomia, promovendo ainda um bem-estar físico, social e psicológico e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida (Daniel, Victor & Guerra, 2010; Filho et al., 2010; Rubio, Lázaro, & Sánchez-Sánchez, 2009). A actividade física é um factor de protecção do declínio cognitivo em idosos com demência, embora não se possa afirmar que a actividade física evite a demência (Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008; Coelho, Santos-Galduroz, Gobbi & Stella, 2009; Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004; Laurin, Verreault, Lindsay, Macpherson, & Rockwood, 2001; Vreugdenhil, Cannell, Davies & Razay, 2011).

Um estudo realizado pelo INE em 2000 refere ainda que, em Portugal, a população do sexo feminino apresenta maior número de incapacidade. Embora vivam mais anos, a esperança média de vida sem incapacidades é mais reduzida, comparada com as do sexo masculino.

Segundo Jefferson, Paul, Ozonoff e Cohen (2006), o comprometimento em uma ou mais actividades da vida diária é uma característica essencial para o diagnóstico de demência.

Funções Cognitivas

Ao longo do processo de envelhecimento as várias funções cognitivas vão sendo afectadas. Daí que as funções cognitivas sejam as mais avaliadas no envelhecimento (Tractenberg & Aisen, 2009). As funções cognitivas são estáveis até aos 50/60 anos, depois começam a diminuir, agravando o seu declínio a partir dos 70 anos (Cancela, 2007). Com o envelhecimento, o funcionamento cognitivo é afectado, sendo mais acentuado na memória, atenção, funções executivas e velocidade de processamento da informação. No entanto, o mais insidioso é a memória, (Bangen et al., 2010; Casanova-Sotolongo; Casanova-Carrillo, & Casanova-Carrillo, 2004).

Quando a memória é afectada traz consequências na vida diária, como problemas de comunicação, riscos de segurança e alterações de comportamento (Oliveira, Ribeiro, Borges, & Luginger, 2005).

As funções executivas também são afectadas pela idade, assim como pela presença de doenças crónicas (Paulo & Yassuda, 2010; Xavier, D’Orsi., Sigulem & Ramos, 2010). Segundo o mesmo autor a orientação temporal e as funções executivas actuam em conjunto como um efeito protector sobre o risco de óbito. Para além destas, também a inteligência e o vocabulário são afectados em tarefas novas, e as habilidades perceptivomotoras, a atenção e o raciocínio estão em declínio. Segundo Hooren e equipa (2007), e Ylikoski e colaboradores (1998), a idade afecta as funções executivas e a escolaridade está relacionada com os aspectos cognitivos. As funções visuo-espaciais mantêm-se para figuras simples, no entanto para figuras complexas estão diminuídas. Convém realçar que o desempenho das funções cognitivas é influenciado por factores genéticos, saúde, actividade mental, actividade física, meio social, idade, escolaridade, entre outros (Spar & La Rue, 2005).

Segundo Hooren, et al. (2007), a educação e o sexo devem ser tidos em conta na análise do desempenho cognitivo. Na qual os indivíduos com média ou alta escolaridade tem melhor desempenho em testes cognitivos do que os participantes com baixo nível de escolaridade. Para Heun e Kockler (2002), as mulheres com declínio cognitivo têm pior desempenho em algumas partes dos testes cognitivos, como nas visuo-construtivas.

Quando as funções cognitivas são afectadas, provocam alterações nas actividades instrumentais da vida diária, em particular a gestão de finanças, tomar a medicação e outras tarefas que dependem da memória e raciocínio (Aretouli & Brandt, 2010; Carvalho, Neri & Yassuda, 2010).

A diminuição das funções cognitivas contribui para a alteração das capacidades funcionais do indivíduo (Perrig-Chielloa, Perriga, Uebelbachera, & Stahelinb 2006) e a inversa também é verdadeira: as limitações funcionais podem acelerar o declínio cognitivo (Black & Rush, 2002).

A rápida detecção e intervenção junto dos idosos cujas funções cognitivas estão a ser afectadas, implicando as capacidades de reconhecer e corrigir comportamentos, podem melhorar a capacidade do indivíduo para viver sozinho e funcionar de forma autónoma, e, até mesmo, aumentar a sua segurança e proteger a sua vida (Bettcher & Giovannetti, 2009).

Objectivos

As investigações têm mostrado a importância de identificar os sinais prévios antes de uma demência se iniciar para a sua reabilitação precoce (p.e. Abrisqueta Gomez et al; Bottino et al., 2002; Chertkow et al., 2008; Clare & Woods, 2001; Gransdmainson, & Smid, 2003; Vidowich, Lautenechlajer, Flicker, Clare, & Almeida, 2004). Essas alterações ocorrem em domínios vários, desde a cognição, (Backmmn et al., 2005; Backmann & Small, 2007), ao humor e à autonomia (Jorm, 2000; Yaffe et al., 1999).

Não encontramos estudos em Portugal que avaliassem a autonomia e a sua relação com o declínio. Por isso, o nosso objectivo é estudar essa relação; verificando qual a prevalência de idosos com e sem autonomia e as frequência dos tipos de autonomia; qual a prevalência de idosos com e sem declínio grave; a proporção de idosos com e sem autonomia entre os que, de acordo com o MoCA, possuem ou não declínio grave; e, finalmente, que tipo de relação existe entre os tipos de autonomia e as funções cognitivas.

Sabendo que as variáveis sociodemográficas estão associadas ao declínio, queremos ainda verificar qual a proporção de idosos com e sem autonomia e com e sem declínio grave entre os graus definidos pelas variáveis sociodemográficas relevantes.

Material e Métodos

Desenho da Investigação

A presente investigação consiste num estudo transversal, descritivo e correlacional, utilizando uma metodologia de questionários de auto-resposta, numa amostra de população de idosos do concelho de Coimbra sob resposta social.

Este estudo insere-se na parte I de um projecto de Investigação baseado na população, o Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudos dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência.

O objectivo principal da parte I consistia no rastreio cognitivo e na avaliação multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra. O universo consiste em 1.914 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 105 anos.

Após o contacto com as instituições e estabelecimento de protocolos de parcerias, a recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do 2º ciclo de psicologia), supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior. De salientar que os estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos protocolos.

Os idosos cooperaram de forma voluntária e consentida (ou alguém responsável pelo idoso). Os mesmos foram devidamente informados que os seus dados eram confidenciais e somente eram usados para propósitos científicos. Cada idoso era avaliado com uma bateria de testes dividida em três sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na primeira sessão eram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS pelo aluno do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada pelo estudante do 1º ano e demorando cerca de 60 minutos, incluía o MOCA, a Figura Complexa de Rey, testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro. A terceira sessão era aplicado o OARS e o questionário de Saúde Física do idoso, aplicada pelos alunos do 2º ano de Mestrado, durando cerca de 30 minutos a 1 hora.

Ambas as sessões eram devidamente supervisionadas por um aluno do último ano de Mestrado que monitorizava e apoiava a administração por forma a corrigir eventuais erros.

Procedimentos

Todo o processo iniciou-se em Novembro de 2010 e continua em curso. Em Maio de 2011, a taxa de recolha era de 26,6%, com 509 idosos avaliados. Excluímos ainda 42 da análise devido a terem idade inferior a 65 anos e até à data 78 não tinham respondido ao GDS. Desta forma, a amostra consiste em 389 sujeitos.

O instrumento para medir a autonomia foi o OARS, na qual só utilizámos a subescala de actividades da vida diária, e para medir as funções cognitivas usámos o MoCA.

Após a recolha dos dados, realizou-se o tratamento dos mesmos através do programa estatístico SPSS.

Amostra

Na nossa amostra base incluímos 60 idosos avaliados com o OARS: 10 eram homens e 50 mulheres. A amostra final ficou constituída por 43 idosos, visto que excluímos 15 idosos por não lhes ter sido aplicado o protocolo II. Excluímos ainda dois idosos que se recusaram a responder ao teste de averiguação do declínio cognitivo.

A maioria dos idosos tem idades compreendidas entre os 70 e 75 anos (33,3%), com uma média de $77,98 \pm 7,06$; são do sexo feminino (83,3%), são viúvos (58,3%), tem o ensino básico primário (48,3%) ou é analfabeto (40%) e a maioria é trabalhador indiferenciado (68,3%) (Quadro1).

Quadro 1

Caracterização da Amostra de Idosos do Concelho de Coimbra sob Resposta Social (N = 60).

	n	%	χ^2	p
Idade				
<=70	9	15,0	53,27	0,000
71- 75	11	18,3		
76-80	13	21,7		
81-85	20	33,3		
86-90	2	3,3		
91+	2	3,3		
Não respondeu	3	5,0		
Género				
Masculino	10	16,7	7,50	0,006
Feminino	50	83,3		
Estado Civil				
Solteiro(a)	7	11,7	15,25	0,002
Casado(a)	9	15,0		
Divorciado(a)/Separado(a)	8	13,3		
Viúvo(a)	35	58,3		
Não respondeu	1	1,65		
Escolaridade				
Não sabe ler/escrever	12	20,0	92,46	0,000
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	12	20,0		
Ensino básico primário	29	48,3		
Ensino básico preparatório	3	5,0		
Ensino secundário	2	3,3		
Ensino superior	1	1,7		
Profissão				
Grandes empresários	1	1,7	67,33	0,000
Profissões Liberais	1	1,7		
Pequenos empresários	1	1,7		
Operários semi-qualificados	8	13,3		
Assalariados agrícolas	2	3,3		
Trabalhadores indiferenciados	41	68,3		
Não respondeu	2	3,3		
Resposta Social				
Centro de dia	47	78,3	19,27	0,000
Lar	13	21,7		

Instrumentos

OARS

Utilizou-se como instrumento de avaliação, a Versão Portuguesa do Questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos (OARS; Older Americans Resources and Services Program). Foi desenvolvido pelo Center for the Study of Aging and Human Development, da Duke University em 1972 (Rodrigues,

2007). Trata-se de um instrumento multidimensional, fechado que fornece dados sociodemográficos, avalia a capacidade funcional do idoso em cinco dimensões: bem-estar físico e saúde percebida, bem-estar psíquico, disponibilidade de ajuda informal sociofamiliar e disponibilidade de ajuda institucional, disponibilidade económica para a satisfação de necessidades básicas e não básicas e, por fim, actividades da vida diária. (Fillenbaum & Michael, 1981; Paskulin, 2006; Rodrigues, 2007; Rodrigues, 2008). É composto por 70 questões direccionadas ao inquirido, com perguntas de 1 a 70 e 10 questões direccionadas ao informante (as perguntas 72 a 82); 14 questões relativamente ao inquirido, mas respondidos pelo entrevistador, (perguntas 83 a 96). Contém ainda cinco escalas de avaliação funcional, uma por área com pontuações de incapacidade funcional de 1 a 6 (as perguntas 97 a 101) e um somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas que constitui a pontuação acumulada de incapacidade (pergunta 102). Ambas as partes do questionário são utilizadas conjuntamente, no entanto podem ser utilizadas em separado, ou apenas as questões referentes a cada área. A versão portuguesa foi desenvolvida por Rodrigues em 1999 e apresenta todas as características da versão original. A fiabilidade / coerência é efectuada por meio do coeficiente alfade Cronbach para cada dimensão. Esta versão foi avaliada por três juízes, sendo considerada adequada ao contexto social e cultural. A sua validade foi feita através da análise factorial das perguntas que compõem as diferentes áreas, com uma amostra de 426 indivíduos, apresentando, como já foi referido anteriormente, resultados idênticos à versão original. O único ponto diferente diz respeito à capacidade de tomar banho ou duche, que na versão portuguesa insere-se nas actividades da vida diária instrumentais e na outra versão está nas actividades da vida diária física. De salientar que esta escala pode ser repetida periodicamente para determinar a necessidade de mais apoio (Cummins et al., 2002).

MoCA

Avaliaram-se as funções cognitivas através do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). O MoCA é um instrumento de rastreio cognitivo criado por Nasreddin, Philips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Colin, Cummings e Chertkow (2005). A versão portuguesa experimental foi desenvolvida por Diana Duro, Mário Simões,

Emanuel Ponciano e Isabel Santana (2007)¹. É um instrumento válido, confiável com boas propriedades psicométricas, com alta sensibilidade na identificação da demência. Mede 8 domínios cognitivos através de exercícios relacionados com memória de curto prazo, habilidades visoespaciais, funções executivas, atenção, concentração e memória de trabalho, linguagem, orientação no tempo e no espaço. O MOCA tem alta confiabilidade no teste-reteste (0,92) e boa consistência interna (0,83), com um ponto de corte de 0,26. Os estudos feitos em Portugal confirmam a validade e utilidade clínica do instrumento. (Duro, Simões, Ponciano & Santana, 2010; Nasreddin et al., 2005).

Rey – 15 - Item

O Rey-15 Item Test (Rey, 1964; Simões et al., 2010) é um teste que avalia a simulação dos indivíduos. Esta é definida como uma produção intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos. Este teste é composto por duas páginas: evocação e reconhecimento. A página da evocação é composta por 15 itens (letras, números e símbolos) organizados em três colunas com cinco linhas cada uma. Pede-se ao idoso que reconheça dos 30 itens apresentados, os 15 originais. Detecta-se a simulação quando o idoso exagera a sua tarefa, tendo uma execução pobre para uma tarefa simples (Boone et al., 2002). Os pontos de corte representativos e indicados dizem respeito a < 9 para o ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. Os autores indicam que o ponto de corte para a medição da evocação seja ainda mais reduzido e inferior a 6 em idosos com declínio e com baixa escolaridade. O resultado combinado do reconhecimento é igual ao número de itens correctamente evocados + (número de itens correctamente reconhecidos – número de falsos positivos) (Simões et al., 2010).

Análise Estatística

Para análise estatística utilizámos o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0 para Windows Vista SPSS, Inc., 2011.

Na nossa investigação, as nossas variáveis de critério foram a *autonomia nas AVD* medida pelo OASRS e o *declínio cognitivo* medido pelo MoCA. A *autonomia nas AVD* divide-se em *autonomia nas AVD físicas* e *autonomia nas AVD instrumentais*.

¹ M. Simões (comunicação pessoal, 15, Junho, 2011) refere que a versão final está sob publicação e não há diferenças significativas entre as versões.

Para algumas análises realizámos testes paramétricos, pois a nossa amostra tem uma dimensão superior a 30, assim como também utilizamos teste não-paramétricos para análises.

Usámos o Qui-quadrado da aderência para explorar a proporção de casos incluídos numa determinada variável sociodemográfica. Utilizamos o qui-quadrado da independência para testar se havia relação entre as variáveis *autonomia nas AVD* e as variáveis sociodemográficas [entre a variável de critério dicotomizada e variáveis independentes dicotomizadas, tivemos de recorrer ao teste de probabilidade exacta de Fisher, pois o pressuposto da frequência esperada ser mínima 10 foi violado (Pellante, 2007)]. Depois usámos o teste *t* para amostras independentes para verificar se as variáveis sociodemográficas influenciavam o *declínio cognitivo*. De seguida fizemos o qui-quadrado para a independência (com o teste da probabilidade exacta de Fisher) para verificar a associação entre *autonomia nas AVD* e o declínio cognitivo. De seguida, utilizámos a correlação de *Pearson* para avaliar a intensidade da relação entre a *autonomia nas AVD* com as pontuações do MoCA e suas subescalas. Considerámos correlações muito baixas as que se situavam abaixo de 0,19; baixas, entre 0,20 e 0,39; correlações moderadas, entre 0,40 a 0,69; e altas entre 0,70 e 0,89 (Pestana & Gageiro, 2005). Por fim, efectuámos a regressão logística para averiguar que aspectos da *autonomia nas AVD* predizem o declínio cognitivo. Na ausência do cumprimento dos pressupostos para a realização linear, este é o procedimento mais aconselhável. No entanto, para a regressão logística tivemos de respeitar também os seus pressupostos (ainda que menos restritivos): tamanho da amostra ($N = 60 > 50+m$, com $m =$ número de variáveis independentes); ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (correlações entre si inferiores a 0,5; valores de tolerância acima de 0,10 e VIF inferiores a 10) e ausência de valores extremos (Pallant, 2007).

Resultados

As pontuações médias do declínio cognitivo, medido pelo MoCA, e as percentagens por graus de autonomia, medida pelo OARS, são apresentadas no Quadro 2. Com o objectivo de averiguar a associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis dependentes, recategorizámos as variáveis. Assim, a partir da idade média, criamos duas categorias (entre 65 e os 79 anos e acima dos 80 anos). Recategorizámos o estado civil com parceiro e sem parceiro (incluindo os solteiros, divorciados e viúvos no

primeiro e os casados ou união de facto no segundo). Recategorizámos a escolaridade com escolaridade e sem escolaridade, assim como a profissão em liberais/em empresários (grandes e pequenos) e não qualificados. Também recategorizámos a resposta social em centro de dia /convívio e em lar e centro de noite.

Para calcular as AVDS físicas e as instrumentais fizemos o somatório das categorias de resposta dos itens das escalas respectivas.

Quadro 2

Pontuações Médias no MoCA e na Autonomia nas Actividades da Vida Diária (OARS) pelas Variáveis sociodemográficas.

	MoCA			t/U	p	Autonomia		F	p
	M	±	DP			Pouca ou nenhuma limitação n (%)	Limitação moderada/ grave n (%)		
Idade									
δ 79 (n = 20)	11,58	±	6,17	0,29	0,776	6 (30%)	14 (70%)	0,52	0,471
ε 80 (n = 20)	11,70	±	4,71			4 (21,1%)	16 (80%)		
Não sabe (n = 3)									
Sexo									
Masculino (n = 8)	9,43	±	3,51	94,50	0,154	2 (25%)	6 (75,0%)	0,02	0,898
Feminino (n = 35)	12,13	±	5,66			8 (23,5%)	27 (77,1%)		
Estado civil									
Com parceiro (n = 7)	11,97	±	5,25	0,80	0,429	1 (14,3%)	6 (85,7 %)	0,41	0,522
Sem parceiro (n = 35)	9,83	±	6,37			9 (26,5)	26 (74,3 %)		
Não respondeu (n = 1)									
Escolaridade									
Com escolaridade (n = 24)	14,27	±	5,15	3,76	0,001	4 (17,4%)	13 (68,4%)	1,29	0,256
Sem escolaridade (n = 19)	8,24	±	3,55			6 (31,6%)	20(83,3%)		
Profissão									
Empresários/Qualificados (n = 11)	13,00	±	5,90	1,31	0,197	2 (18,2%)	9 (8,8%)	0,25	0,614
Não qualificados (n = 31)	11,00	±	5,20			8 (26,7%)	23 (74,2%)		
Resposta Social									
Centro de dia/convívio (n = 34)	11,82	±	4,86	2,04	0,005	9 (26,5 %)	25 (88,9%)	0,92	0,338
Lar /centro de noite (n = 9)	10,40	±	8,93			1 (11,1%)	0 (0,0%)		

O qui-quadrado para a independência (com o teste da probabilidade exacta de Fisher) mostrou ausência de associação significativa entre autonomia e idade [$\chi^2 (1, n = 40) = 0,52; p = 0,47$; $fi = 0,12$], entre autonomia e sexo [$\chi^2 (1, n = 43) = 0,02; p = 0,898$; $fi = 0,02$], entre autonomia e estado civil [$\chi^2 (1, n = 42) = 0,41; p = 0,522$; $fi = 0,100$], entre autonomia e escolaridade [$\chi^2 (1, n = 43) = 1,291; p = 0,256$; $fi = 0,175$], entre autonomia e profissão [$\chi^2 (1, n = 42) = 0,254; p = 0,614$; $fi = -0,79$], entre autonomia e resposta social [$\chi^2 (1, n = 43) = 0,919; p = 0,338$; $fi = 0,148$].

No Quadro 2 verificamos que, em relação ao declínio medido pelo MoCA, não existem diferenças ao nível da idade, sexo, estado civil e profissão. Somente a escolaridade e a resposta social mostraram influência sobre o declínio cognitivo.

Acrescentamos ainda que os nossos idosos tiveram uma média de $4,48 \pm 3,98$ na subescala evocação do Rey-15-item e que essa média não foi significativamente diferente dos valores sugeridos no estudo português ($t = 1,99; p = 0,058$). Tal indica que os idosos não simulam, o que valida os resultados apresentados (os autores não indicam valores de comparação válidos para este tipo de amostra, pelo que não comparámos com o valor do Rey-15-item combinado).

Ao nível da *autonomia nas actividades da vida diária* (AVD), detalhamos as frequências do grau de autonomia por tipo de AVD (Quadros 3, 4).

Quadro 3

Frequência do Grau de Autonomia nas Actividades da Vida diária Instrumentais numa Amostra de Idosos sob resposta Social do Concelho de Coimbra (N = 60).

	AVD instrumentais							
	Incapaz		Com alguma ajuda		Sem ajuda		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Uso de telefone	7	11,7	13	21,7	38	63,3	27,97	0,000
Deslocação ao pé	12	20,0	26	43,3	20	33,3	5,10	0,078
Fazer comprar	20	33,3	22	36,7	15	25,0	1,37	0,504
Preparar refeições	22	36,7	14	23,3	22	36,7	2,21	0,332
Lida doméstica	26	43,3	15	25,0	17	28,3	3,55	0,169
Tomar medicamentos	11	18,3	16	26,7	30	50,0	10,21	0,006
Lidar com o dinheiro	10	16,7	17	28,3	29	48,3	9,89	0,007

É possível verificar no Quadro 3 que 26 (43,3%) dos idosos são incapazes de fazer a lida doméstica, 26 (43,3%) conseguem fazer compras com alguma ajuda e 38 (63,3%) usa o telefone sem ajuda.

Quadro 4

Frequência do Grau de Autonomia nas Actividades da Vida diária Físicas numa Amostra de Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (N = 60).

	AVD físicas						²	p
	Incapaz		Com alguma ajuda		Sem ajuda			
	n	%	n	%	n	%		
Capaz de comer	3	5,0	2	3,3	52	86,7	86,00	0,000
Vestir-se e despir-se	8	13,3	9	15,0	41	68,3	36,45	0,000
Cuidar da aparência	6	10,0	12	20,0	38	63,3	31,00	0,000
Andar	9	15,0	21	35,0	27	45,0	8,84	0,012
Levantar-se e deitar-se	9	15,0	11	18,3	37	61,7	25,68	0,000
Tomar banho ou duche	16	26,7	18	30,0	24	40,0	1,79	0,408
Incontinência	13	21,7	3	5,0	40	66,7	39,25	0,000

É possível verificar no Quadro 4 que 16 (26,7%) dos idosos são incapazes de tomar banho ou duche, 21 (35,0%) dos idosos consegue andar com alguma ajuda e 52 (86,7%) é capaz de comer sem ajuda.

Quadro 5

Avaliação da Autonomia nas Actividades da Vida Diária (instrumentais e físicas) Categorizada por Nível de Gravidade (N = 60).

	n	%	²	p
Autonomia nas AVD				
Excelentes ou boas	6	10		
Limitação pequena	8	13,3		
Limitação moderada	16	26,7	9,24	0,05
Limitação grave	10	16,7		
Limitação total	18	30,0		

Como se pode observar no Quadro 5, há mais casos de limitação moderada a total do que pouca limitação ou nenhuma limitação. Os idosos do nosso estudo têm todo

o tipo de limitação (desde pequenas a totais). Poucos estão em condições de autonomia excelentes ou boas ($\chi^2 = 9,24$; $p = 0,05$).

No Quadro 6 apresentamos a proporção de idosos com e sem declínio grave, tal como foi estabelecido pelo MoCA.

Quadro 6

Avaliação do Declínio dos Idosos através do Montreal Cognitive Assessment (N = 45).

	N = 43		χ^2	p
	n	%		
Sem declínio grave	7	15,6	21,36	0,000
Com declínio grave	38	84,4		

Os idosos do nosso estudo tiveram uma média de declínio medido pelo MoCA de 10,95 5,63, que se situa claramente a baixo do ponto de corte do estudo original ($t = 17,53$; $p < 0,001$). O nosso ponto de corte foi feito com a média mais o desvio-padrão. Como podemos observar no Quadro 6, a maior parte dos idosos tem declínio grave (84,4 %).

Quadro 7

Frequência dos Graus de Autonomia nas Actividades da Vida Diária (instrumentais e físicas) por e Declínio Cognitivo.

	Com declínio n = 36		Sem declínio n = 7		χ^2	p
	n	%	n	%		
Autonomia nas AVD						
Excelentes ou boas	5	13,9	0	0,0	_*	_
Limitação pequena	4	11,1	1	14,3		
Limitação moderada	10	27,8	3	42,9		
Limitação grave	7	19,4	1	14,3		
Limitação total	10	27,8	2	28,6		

*O qui-quadrado não pode ser calculado porque mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5.

No Quadro 7 é possível verificar que a maioria dos nossos idosos com declínio cognitivo apresenta limitação total (27,8%) e limitação moderada (27,8%), seguindo a limitação grave (19,4%), só 13,9% estão em excelentes ou boas condições. Por sua vez, entre os idosos sem declínio, a maioria apresenta entre limitação moderada (42,9%), a limitação total (28, %) e 0,00% está em excelentes ou boas condições. Como não foi possível computar o Qui-quadrado, uma vez que algumas frequências esperadas eram menores do que 5, dicotimizámos a variável *Autonomia nas actividades da vida diária instrumentais e físicas* em “pouca/nenhuma limitação” e “limitação moderada/grave” e recalculámos o qui-quadrado (teste da probabilidade exacta de Fisher). Verificámos, então, que não havia associação entre o grau de autonomia nas AVD e o declínio medido pelo MoCA ($\chi^2 = 0,38$; $p = 0,544$).

Quadro 8

Correlações de Pearson entre Autonomia nas AVD Instrumentais, Autonomia nas AVD físicas, Orientação e Memória de Evocação (subescalas do MoCA).

	MoCA	Orientação	Memória de evocação
Autonomia nas AVD instrumentais	0,26	0,38*	0,33*
Autonomia nas AVD físicas	-0,11	0,21	0,18

Notas: as restantes subescalas do MoCA (Linguagem, Habilidades viso-espaciais e Orientação temporal e espacial) não revelaram correlações significativas com as medidas da autonomia.

* $p < 0,05$

Através do Quadro 8 verificamos que existem correlações somente entre a autonomia instrumental e a orientação e a memória de evocação. Essas correlações são significativas, mas baixas.

Como a única variável que se correlaciona com as medidas do funcionamento cognitivo é a autonomia instrumental, efectuámos a regressão logística univariada com essa variável. Para o efeito, recodificámos as variáveis *orientação* e *memória de evocação* em variáveis dicotómicas através da média somada ao desvio-padrão.

Em relação à capacidade de *orientação* medida pelo MoCA, o modelo de regressão mostrou-se estatisticamente significativo ($\chi^2 = 4,80$; $gl = 1$; $p < 0,05$). O modelo explicou entre 11,9% (R^2 e Cox e Snell) e 17,4% (R^2 de Nagelkerke) da variância na orientação e classificou correctamente 71,1% dos idosos. A *autonomia nas AVD*

instrumentais contribui de forma significativa estatisticamente com um odds ratio de 1,24; indicando que os idosos com autonomia mais baixa apresentam cerca de 1,24 vezes mais probabilidade de ter declínio na *capacidade de se orientar* do que os idosos com autonomia mais alta (Quadro 9).

Quadro 9

Regressão Logística Preditiva da Probabilidade de ter Problemas na Orientação Medida pelo MoCA.

	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95% para OR</i>
Autonomia instrumental	0,21	0,11	3,90	1	0,048	1,24	1,00-1,53

Notas: Coeficiente β = peso matemático de cada variável no modelo de regressão; SE = Erro estimado do peso matemático; X^2 de Wald = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; *p* = nível de significância; *OR* = *Odds Ratio*; *IC 95%* = Intervalos de confiança de 95% dos *Odds Ratio*.

Relativamente à *memória de evocação*, o modelo de regressão não se mostrou estatisticamente significativo com a *autonomia nas AVD instrumentais* ($\chi^2 = 41,6780$; $gl = 1$; $p < 0,196$), indicando que o modelo não conseguiu distinguir os idosos com problemas na *memória de evocação* daqueles que não têm esses problemas. [Quando incluímos no modelo a escolaridade, e efectuamos uma regressão logística multivariada, o modelo já se mostra válido ($\chi^2 = 6,96$; $gl = 1$; $p < 0,031$), explicando entre 16,7% (R^2 e Cox e Snell) e 25,2% (R^2 de Nagelkerke) da variância na memória de evocação e classificando correctamente 76,3% dos idosos. Quando efectuamos a regressão com a resposta social não é significativo (Quadro 9).]

Discussão

A partir dos dados obtidos no presente estudo, verificou-se que a faixa etária predominante foi de 81 a 85 anos (33,3%), seguindo a dos 76 a 80 anos (21,7%), e a dos 71 aos 75 anos (18,3 %). Quanto ao sexo 16,7% eram homens e 83,3% eram mulheres. Em relação ao estado civil predominaram os viúvos (58,3%), seguido dos casados (15,0%). Quanto à escolaridade, a maioria possui o ensino básico primário (48,3%), seguida dos que sabem ler e escrever sem possuir grau de ensino (20,0%) e os analfabetos (20,0%). Somente 1,7% frequentou o ensino superior. Referente à profissão, a maioria são trabalhadores indiferenciados, seguida dos operários semi-qualificados.

Para a averiguação entre as variáveis sociodemográficas e a associação entre elas e as variáveis dependentes, verifica-se no quadro 2 que, em relação ao declínio medido pelo MoCA, não existem diferenças ao nível da idade, sexo, estado civil e profissão. Somente a escolaridade e a resposta social mostraram influência sobre o declínio cognitivo. Ao contrário do resultado de outros estudos (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003) que apresenta diferenças entre o género, tendo as mulheres valores de incapacidade mais elevados, justificando por terem uma média de vida mais longa do que os homens. Um estudo semelhante é de Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003), que mencionam que o sexo está fortemente associado à ocorrência de dependência, sendo maior para as mulheres do que para os homens. Assim como o estudo de Perrig-Chielloa, Perriga, Uebelbacher e Stahelinb (2006) que encontrou diferenças significativas entre os géneros, sendo as mulheres mais dependentes, argumentando que a força muscular é menor.

Encontrámos diferenças ao nível da resposta social: os idosos que vivem em lares de idosos têm menos autonomia do que os idosos que vivem em centros de dia. Os nossos resultados são semelhantes ao do estudo de Sousa, Galante e Figueiredo em que os idosos mais dependentes vivem em lar de idosos. Podemos pressupor, tal como noutros estudos, que os lares tornam os idosos menos capazes de manter a sua autonomia. O estudo de Wang Van Belle, Kukull, e Larson (2002), menciona que as pessoas que vivem sozinhas têm menos dificuldades nas AVDS em comparação com as que vivem com o cônjuge, argumentando que os idosos que vivem sozinhos não têm ajuda para desempenhar as suas tarefas. Outro estudo de Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003), refere que morar sozinho é um factor de protecção para a dependência.

No entanto não se pode generalizar, pois deve considerar-se que, se não fossem estes centros, muitos idosos não tinham onde morar.

Em relação à autonomia instrumental, os idosos, sem ajuda, conseguem principalmente usar o telefone (63,3%), tomar medicamentos (50,0%) e lidar com o dinheiro (48,3%). Os idosos precisam de ajuda, principalmente para a lida doméstica (43,3%), preparar refeições (36,7%) e para fazer compras (33,3%). Outros com alguma ajuda conseguem deslocar-se a pé (43,3%), fazer compras (36,7%) e lidar com o dinheiro (28,3%). Em relação à autonomia física, os idosos têm autonomia, principalmente para cozinhar (86,7), vestir-se e despir-se (68,3%), e 66,6% não têm incontinência. Os idosos são incapazes de tomar banho ou duche (26,7%), têm incontinência (21,7%), e são incapazes de andar (15,0%), levantar-se e deitar-se (15,0%). Com alguma ajuda são capaz de andar (35,0), tomar banho ou duche (30,0%), cuidar da aparência (20,0%). Nos estudos realizados por Costa, Nakatani e Bachion (2006) em relação à dependência, os idosos precisavam de ajuda, principalmente para usar escadas (45%), banhar-se (15%), deambular (10%), comer (7,5%), vestir-se (7,5%), passar da cama para a cadeira (7,5%) e mover-se na cama (5%). Já as actividades para as quais alguns idosos eram totalmente dependentes incluíam: usar escadas (10%); banhar-se (7,5%), vestir-se (7,5%), usar o vaso sanitário (7,5%), passar da cama para cadeira (5,0%), deambular (2,5%), comer (2,5%) e mover-se na cama (2,5%). Ainda com relação à dependência para realizar as *AVD* os idosos apresentaram algum tipo de incontinência para as micções e 27,5% para as evacuações. O facto de os idosos terem incontinência pode ser um factor limitativo das actividades da vida diária. Os resultados obtidos em termos percentuais diferem dos resultados de Costa, Nakatani e Bachion (2006), mas as actividades em que os idosos precisam de ajuda são as mesmas, coincidindo a ordem das actividades, isto é, a grande percentagem está em usar escadas.

Em relação às actividades da vida diária categorizada por nível de gravidade, a maioria dos nossos idosos tem limitação total (30,0%), seguindo a limitação moderada (26,7%), a limitação grave (16,7%), limitação pequena (13,3%) e só 10% é que estão em excelentes ou boas condições. Os idosos do nosso estudo têm todo o tipo de limitação (desde pequenas a totais) e poucos estão em condições de autonomia excelentes ou boas ($\chi^2 = 9,24; p = 0,05$).

Relativamente ao declínio temos 15,6% idosos sem declínio e 84,4% com declínio. Pode ser explicado pelo facto dos idosos terem pouca autonomia e perderem gradualmente a sua capacidade cognitiva.

Quanto à autonomia e o grau de declínio verificámos que a maioria dos idosos com limitação total com declínio são 27,8% e sem declínio 28,6%, com limitação grave são 19,4% com declínio e 14,3% sem declínio, na limitação moderada 27,8 % tem declínio e 42,9% sem declínio, com limitação pequena 11,1% tem declínio e 14,3% não tem declínio, por fim com excelente ou boa autonomia 13,9%, tem declínio e sem declínio 0,0%. Relativamente a estes resultados o estudo de Njegovan, Man-Son-Hing, Mitchell e Molnar (2001), demonstra uma associação entre o declínio cognitivo e a perda de actividades da vida diária. Podemos concluir que grande parte dos idosos com limitação total não têm declínio, apesar da percentagem de idosos com declínio ser muito próxima.

No nosso estudo, podemos verificar que existe correlação entre *autonomia instrumental* e a orientação e a memória de evocação. E ainda que existe correlação entre a *autonomia física* e a orientação (0,014). Não havendo correlação entre a autonomia e as restantes habilidades cognitivas. Os resultados do presente estudo corroboram, em parte, os de Biazus, Balbinot e Wibeling (2009) que mostraram que os idosos residentes em centros domiciliários com declínio cognitivo apresentam dificuldade para a realização de actividades instrumentais da vida diária. Os estudos de Nitrini, et al., (2005) mencionam que só quando os transtornos cognitivos são graves para interferir de modo significativo com as actividades profissionais ou sociais é que é envolvido declínio funcional. O nosso estudo parece então indicar que o declínio deve ser grave, pois os nossos idosos estão muito limitados, ou então devem existir outras variáveis que explicam essa limitação que não foram analisadas no nosso estudo.² Em contraste com os nossos resultados, o estudo de Perrig-Chielloa, Perriga, Uebelbacher e Stahelin (2006), demonstrou uma correlação positiva entre a autonomia e a memória.

² No estudo de Fernandes (2011) com esta amostra, verificou-se que a maioria dos idosos sofre de doenças físicas e mentais.

Conclusão

A presente pesquisa mostrou que os idosos sob resposta social de Coimbra por nós avaliados estão limitados de forma moderada a total na autonomia.

É importante estudar a autonomia porque o facto do idoso se ver obrigado a depender de terceiros para as suas actividades da vida diária, para além da limitação física, tem também impacto na sua saúde mental, gerando sentimentos de impotência e vulnerabilidade, o que pode provocar baixa auto-estima e depressão. Com o declínio gradual das aptidões físicas, a pessoa tende a ir substituindo os seus hábitos de vida e rotinas diárias por actividades pouco movimentadas e a perder a sua autonomia, gerando processos de auto-desvalorização, apatia, insegurança, perda de motivação, isolamento social e solidão. A perda da autonomia, em particular, nas *actividades instrumentais*, tem impacto nas funções executivas, particularmente, na orientação. É, portanto, necessário apostar na prevenção do declínio cognitivo, mantendo os idosos durante mais tempo com autonomia e qualidade de vida.

Os centros que acolhem os idosos são um recurso para aqueles que estão impossibilitados de viver sozinhos, no entanto poderá trazer limitações ao acarretar desintegração social, perda de decisões pessoais, rotinas rígidas e até ausência de estimulação. É importante ter em conta os cuidados prestados ao idoso para que estes não sejam “excessivos” para que o idoso não se torne tão dependente.

É necessário promover, não só, mas também a autonomia e a independência para que os idosos tenham um envelhecimento bem sucedido, assim como estimulação cognitiva e prática de exercício físico. Deve apostar-se na reabilitação, pois é um processo que facilita ao idoso uma melhor reestruturação da autonomia. Reabilitar significa ajudar os idosos a superar as suas limitações, promovendo a auto-estima e a sua identidade pessoal e social, atenuando o declínio cognitivo. Pode utilizar-se a reabilitação psicossocial cujo objectivo é a reinserção do idoso na vida comunitária e familiar, assim como a estimulação cognitiva e a terapia ocupacional.

As limitações com que nos deparamos foi a ausência de um grupo de controle e o uso de amostras reduzidas.

Para pesquisas futuras, seria importante comparar os idosos que estão em resposta social com aqueles que estão rodeados dos seus familiares.

Referências Bibliográficas

- Abreu, I.D., Forlenza, O.V., & Barros, H.L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 131-136.
- Abrisqueta-Gomez, J., Canali, F. Vieira, V.L.D., Aguiar, A.C.P., Ponce, C.S.C., Brucki, S.M., & Bueno, O.F.A. (2004). A longitudinal study of a neuropsychological rehabilitation program in alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62(3B), 778-783.
- Andreotti, R.A, & Okuma, S.S. (1999). Validação de uma bateria de testes de actividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, 13, 46-66.
- Andresen, M. & Puggaard, L.(2008). Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. *BMC Geriatrics*, 8, 32-39.
- Aretouli, E., & Brandt, J. (2010). Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 224-233.
- Bäckman, L., & J, S. B.(2007). Cognitive deficits in preclinical Alzheimer's disease and vascular dementia: Patterns of findings from the Kungsholmen Project. *Physiology & Behavior*, 92(1-2), 80-86.
- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A.-K., Laukka, E. J., & Small, B. J. (2005). Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Neuropsychology*, 19(4), 520-531.
- Bangen, K., Jack, A., Schiehser, D.M., Delano-Wood, L., Tuminello, E., Han, D., Delis, D.C., & Bondi, M.W. (2010). Complex activities of daily living vary by mild cognitive impairment subtype. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16, 630-639.
- Benedetti, T.R.B., Borges, L.J., Petroski, E.L. & Gonçalves, L.H.T (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42 (2), 302-7.
- Bettcher, B.M., & Giovannetti, T. (2009). From cognitive neuroscience to geriatric neuropsychology: what do current conceptualizations of the action error handling process mean for older adults?. *Neuropsychol review*, 19, 64-84.
- Black, S. A., & Rush, R. D. (2002). Cognitive and functional decline in adults aged 75 and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 50, 1978-1986.
- Bonda, D., Lee, H., Camins, A., Pallàs, M., Casadesus, G., Smith, M.A., & Zhu, X. (2011). The sirtuin pathway in ageing and Alzheimer disease: mechanistic and therapeutic considerations. *The Lancet Neurology*, 10, 275-279.

- Boone, K.B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item recognition trial: a technique to enhance sensitivity of the Rey 15-Item memorization test. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 24 (5), 561-573.
- Cancela, D.M.G. (2007). O processo de envelhecimento. Portal dos psicólogos.
- Caramelli, P., & Barbosa, M.T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 7-10.
- Carvalho, F.C.R., Neri, A.L., & Yassuda, M.S. (2010). Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 23, 317-323.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., & Casanova-Carrillo, P. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurologia*, 38, 469-472.
- Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddine, Z., Belleville, S., Joanette, Y., Bocti, C., Drolet, V., Bergman, H. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 178(10), 1273-1285.
- Clare, L., Woods, R. T., Moniz Cook, E. D., Orrell, M., & Spector, A. (2003). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (4), CD003260.
- Coelho, F.G.M., Santos-Galduroz, R.F., Gobbi, S., & Stella, F. (2009). Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 31(2), 163-70.
- Cohen-Mansfield, J., & Jensen, B. (2007). Adequacy of spouses as informants regarding older persons' self-care practices and their perceived importance. *Families, Systems, & Health*, 25, 53-67.
- Costa, E.C., Nakatani, A.Y.K., & Bachion, M.M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista Enfermagem*, 19, 43-35.
- Cummings, J.L., Frank, J.C., Cherry, D., Kohatsu, N.D., Kemp, B., Hewett, L., & Mittman, B. (2002). Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. *Assessment. American Family Physician*, 65, 2263-2272.
- Cupertino, A.P.F.B., Rosa, F.H.M., & Ribeiro, P.C.C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 81-86.
- Daniel, M.M.C., Victor, N.P., & Guerra, I. (2010). *Autonomia funcional de idosos participantes de programas de atividade física*. V Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica, Maceió.

- Duca, G.F.D., Silva, M.C., & Hallal, P.C. (2009). Incapacidade funcional para actividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43, 796-805.
- Duro, D., Simões, M.R., Ponciano, E. & Santana, I. (2010). *Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Confirmatory factor analysis*. V Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica, Maceió.
- Ferreira, P.E., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar Da Palavra Edições.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi editores.
- Filho, M.L.M., Zanella, A.L., Aidar, F.J., Silva, A.M.S., Salgueiro, R.S., & Matos, D.G. (2010). Actividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7, 97-106.
- Fillenbaum, G.G, Michael, A.S. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36, 428-434.
- Fonseca, A.M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3, 124-131.
- Freitas, M.C., Maruyama, S.A.T., Ferreira, T.F., & Motta, A.M.A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 221-8.
- Grandmaison, E., & Simard, M. (2003). A Critical Review of Memory Stimulation Programs in Alzheimer's Disease. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15(2), 130. *American Neuropsychological Association*.
- Grilo, P.A. (2009). *Doença de Alzheimer*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Heun, R. & Kockler, M. (2002). Gender differences in the cognitive impairment in alzheimer's disease. *Archives of women's mental health*, 4, 129-137.
- Heyn, P., Abreu, B.C., Ottenbacher, K.J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 85.
- Hillman, J. (2001). *A força do carácter*. Rio de Janeiro: Objectiva.
- Hooren, S.A.H.V., Valentijn, A.M., Bosma, H., Ponds, R.W.H.M., Boxtel, M.P.J.V., & Jolles, J. (2007). Cognitive Functioning in healthy older adults aged 64-81: a cohort study into the effects of age, sex, and education. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 14, 40-54.
- Jefferson, A.L., Paul, R.H., Ozonoff, A., & Cohen, R.A. (2006). Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living (IADLs). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 311-320.

- John, P.S., & Montgomery, P.R. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., Macpherson, K., & Rockwood, K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58, 498-504.
- Lima, M.P. (2010). *Envelhecimento(s) Estado da Arte*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, J.S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?. *Revista de Ciências Humanas*, 40, 469-489.
- Lourenço, R.A., & Veras, R.P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40, 712-9.
- Medeiros, M., & Guerra, R. (2009). Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas do Activities of Daily Living Questionnaire (ADLQ) para avaliação funcional de pacientes com a doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13, 257-266.
- Nasreddin, Z.S., Philips, N.P., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Neto, J.G., Tamelini, M.G., & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico Diferencial das Demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 119-130.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Porto, C.S., Charchat-Fichman, H., Formigoni, A.P., Otero, C., & Prandini, J.C. (2005). Avaliação cognitiva breve no diagnóstico de Doença de Alzheimer leve. *Arquivo Neuropsiquiátrico*, 63(27).
- Njegovan, V., Hing, M. M., Mitchell, S. L., & Molnar, F. J. (2001). The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *Journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(10), M638-43.
- Oliveira, M.F., Ribeiro, M., Borges, R., & Luginer, S. (2005). Doença de Alzheimer: Perfil neuropsicológico e tratamento. Retirado de www.psicologia.com.pt.
- Paixão, C.M., Reichenheim, M.E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 21, 7-19.
- Pallant, J. (2007). *SPSS, Survival Manual step by step guide to data analysis using spss for windows (3ª ed.)*. Maidenhead: McGraw Hill.
- Paskulin, L.M.G. (2006). *Factores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre*. Dissertação de Doutorado não publicada, Universidade de São Paulo.

- Paulo, D.L.V. & Yassuda, M.S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37, 23-6.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H.B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health e Medicine*, 11(4), 470-482.
- Rocha, S.V. (2010). Condição de Saúde Autorreferida e autonomia funcional entre idosos do nordeste do Brasil. *Revista APS-Atenção PPrimária à Saúde*, 13, 170-174.
- Rodrigues, R.M.C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de candidatura ao Doutoramento não publicada, Universidade do Porto.
- Rodrigues, R.M.C. (2008). Validação da versão português europeu do questionário de avaliação funcional multidimensional de Idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23, 109-15.
- Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D., Latorre, M.R.D.O., & Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37, 40-48.
- Rubio, E., Lázaro, A., & Sánchez-Sánchez, A. (2009). Social participation and independence in activities of daily living: a cross sectional study. *BioMed Central Geriatrics*, 9, 26-37.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, J.V. (2009). *Saúde do Idoso - Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M.S., Gaspar, N., Pires, L., Batista, P., Silva, A.R., Silva, S., Ferreira, A.R., & França, S. (2010). Avaliação da silumlação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item memory test (15-IMT): estudos de avaliação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1, 209-226.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, 364-71.
- Spar, J.E., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tractenberg, R.E., & Aisen, P.S. (2009). Agreement in Cognitive and Clinical Assessments in Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 27, 344-352.
- Vidovich, M. R., Lautenschlager, N. T., Flicker, L., Clare, L., & Almeida, O. P. (2009). The PACE study: a randomised clinical trial of cognitive activity (CA) for older adults with mild cognitive impairment (MCI) *Trials*, 10, 114.

Vreugdenhil, A., Cannell, J., Davies, A., & Razay, G. (2011). A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, Exercise programme for people with Alzheimer's disease*, no–no.

Wang, L., van Belle, G., Kukull, W. B., & Larson, E. B. (2002). Predictors of functional change: a longitudinal study of nondemented people aged 65 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (9), 1525–1534.

Xavier, A.J., D'Orsi, E., Sigulem, D., & Ramos, L.R. (2010). Orientação Temporal e Funções Executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo epidioso. *Revista de Saúde Publica*, 44, 148-58.

Ylikoski, R., Ylikoski, A. Erkinjuntti, T., Sulkava, R., Keskivaara, P., Raininko, R., & Tilvis, R. (1998). Differences in Neuropsychological Functioning Associated With age, education, neurological status, and magnetic resonance imaging findings in neurologically healthy elderly individuals. *Applied Neuropsychology*, 5 (1), 1-14.

Zimmerman, G. (2005). *Velhice – aspectos biopsicossociais*. Brasil: Artmed.