



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DE BRAGA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Satisfação com Suporte social pelo idoso: Influência na cognição.

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Tânia Esteves Simões

Orientador

Professor Doutor António Palha

Braga, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Satisfação com Suporte social pelo idoso: Influência na cognição.

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Tânia Esteves Simões

Orientador

Professor Doutor António Palha

Braga, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Satisfação com Suporte social pelo idoso: Influência na cognição.

II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada

Tânia Esteves Simões

(Esta dissertação foi redigida pela autora sem utilizar o acordo ortográfico)

Braga, 2012

DEDICATÓRIA

Gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram esta dissertação possível, que me auxiliaram e que me encorajaram para que nunca desistisse. A todos OBRIGADO!

Aos meus pais que sempre me incentivaram a procurar mais formação, ao meu companheiro de lágrimas e de sorrisos de todos os dias: Nelson, aos meus colegas de trabalho, mas também amigos (André, Nuno, Márcia **Palha**, Emanuela, enfim todos vós...), aos meus amigos: Mónica e Ana (amigas de longa data que me têm auxiliado ao longo destes tempos sombrios, mas também naqueles dias iluminados pela alegria, paz e serenidade), Eva, Carla, Zé To, Luís, Parra, Samarão, (...).

Um especial obrigado a minha amiga Catarina Samorinha, por todo o apoio e ajuda ao longo destes meses.

Ao Professor António Palha por me orientar e me guiar nesta fase. À Professora Cristina Silva por todo o apoio e pelos conselhos sábios que me deu.

OBRIGADO!

RESUMO

A presente investigação teve por objectivo a compreensão da relação entre a satisfação com o suporte social e a função cognitiva dos idosos inscritos na USF AmareSaúde, do concelho de Amares. Pretendeu-se também verificar a influência de outros factores nestas variáveis, procurando-se a satisfação com o suporte social e ainda o nível cognitivo dos indivíduos. A amostra deste estudo é composta por 100 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos, que frequentam a USF AmareSaúde, no concelho Amares.

O estudo é correlacional, quantitativo e descritivo. Na presente investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica, o índice de Barthel com intuito de avaliar o nível de dependência dos idosos, o teste MoCA para avaliar o nível cognitivo e ainda a ESSS de José Ribeiro para avaliar a satisfação com o suporte social.

Através da análise no programa estatístico SPSS, obtiveram-se os seguintes resultados principais; a amostra em estudo é maioritariamente do género feminino (56%), casados (80%) e ainda na sua maioria independentes para as AVD's (85%). No teste MoCA verificou-se que 64% apresentava alteração cognitiva, a média de pontuação é de 22, ou seja 33 pontos. Dos 7 domínios do teste MoCA (visuo-espacial executiva, atenção, nomeação, linguagem, abstracção, evocação e orientação) os que apresentaram uma clara alteração são o domínio: visuo-espacial executiva, atenção, linguagem e evocação. Na ESSS obteve-se em média 51,99 de score, o que significa que a amostra demonstra ter entre moderado a alto suporte social. O item no qual é assinalado como o que traz mais satisfação é a família.

Após a correlação de dados entre o teste MoCA e a escala ESSS pode-se verificar que existe uma correlação positiva fraca (25%), no entanto significativa.

Palavras-chave: idosos; satisfação com o suporte social; nível cognitivo.

ABSTRACT

This research aimed to understand the relation between satisfaction with social support and cognitive function of elderly enrolled in USF AmareSaúde.

It was intended to also check the influence of other factors on these variables, trying to determine the satisfaction with social support and also the cognitive level of individuals. The sample consists of 100 subjects of both sexes, aged between 65 and 75 years, attending USF AmareSaúde, the county of Amares. The study is correlational, quantitative and descriptive. In the present investigation we have utilized the following instruments: a questionnaire of sociodemographic characteristics, the Barthel index in order to assess the level of dependency of the elderly, also used the MoCA test to understand the cognitive level and the ESSS by José Ribeiro to assess satisfaction with social support.

By analyzing the SPSS, it was obtained the following main results, the sample under study is mostly female (56%), married (80%) and mostly are independent DLA's (85%). In the MoCA test it was found that 64% had cognitive impairment in mean that the score is 22, 33 points. Of the 7 areas of MoCA test (visuospatial executive, attention, naming, language, abstraction, and orientation evocation), who showed a pronounce changes are: visuospatial executive, attention, language and evocation. In ESSS obtained an average score of 51.99, which means that the sample demonstrates moderate to high social support. The item social support is the one that brings more satisfaction.is family.

After the correlation between test data MoCA and scale ESSS can be seen that there is a positive correlation but this one is weak, yet significant.

Keywords: elderly, satisfaction with social support, cognitive level.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
ÍNDICE GERAL	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES	XIII
ÍNDICE DE SIGLAS	XIV
INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	18
1.1.MOTIVAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	18
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	19
1.3.OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	20
PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	21
2.2 COGNIÇÃO	27

2.2.1 Anatomofisiologia cognitiva	27
2.2.2. Funcionamento do sistema cognitivo	31
2.2.3. Cognição na velhice normal	34
2.2.4. Cognição na velhice patológica.....	35
2.2.5. Alterações cognitivas	37
2.3. SUPORTE SOCIAL EM IDOSOS	43
2.3.1.Redes Sociais.....	45
2.3.2. Acção Social.....	47
2.3.3. Equipamento Sociais para Idosos.....	49
2.3.4.Perda da Independência e Solidão.....	53
PARTE III- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	56
3.1. TIPO DE ESTUDO	56
3.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	57
3.3. UNIVERSO DE INVESTIGAÇÃO E POPULAÇÃO – ALVO	58
3.4. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	61
3.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	62

3.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	65
3.7. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	67
3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	67
PARTE IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
4.1. DESEMPENHO COGNITIVO DOS IDOSOS	70
4.1.2. Identificação de alterações cognitivas	70
4.1.2. Função cognitiva por domínio: Visuoespacial executiva, atenção, nomeação, linguagem, abstracção, evocação e orientação.	72
4.2. PERCEPÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	76
4.2.1. Resultados da ESSS	76
4.2.2. Satisfação com o Suporte Social por factores: SA, SF, IN e AS	78
4.3. CORRELAÇÃO DOS DADOS ENTRE AS VARIÁVEIS PRESENTES NO ESTUDO	85
CONCLUSÕES	89
ANEXOS	103
Anexo I – Montreal Cognitive Assessment, Instruções do MoCA e Permissão para a utilização do MoCA	104
Anexo II – Escala de Barthel	117

Anexo III - Escala de Satisfação com o Suporte Social, de José Ribeiro, Pedido para a utilização da ESSS e Permissão para a utilização da ESSS.....	120
Anexo IV – Questionário sociodemográfico e consentimento informado	124
Anexo V- Pedido de autorização de aplicação do questionário na USF AmareSaúde	127
Anexo VI - Cronograma	130

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população de Amares por sexo e idade.....	26
Tabela 2 - Distribuição dos utentes da USF AmareSaúde por faixa etária (dados obtidos através do programa administrativo SINUS).....	60
Tabela 3- Distribuição da amostra por estado civil.....	63
Tabela 4 - Distribuição da amostra por com quem é que os idosos habitam	63
Tabela 5 - Distribuição da amostra por ausência/presença de alterações cognitivas	71
Tabela 6 - Distribuição da amostra por alteração/normalidade da função cognitiva por domínio.	75
Tabela 7 - Distribuição da amostra por resultados da ESSS.	76
Tabela 8 - Distribuição da amostra através da média de pontuação das subescalas e da escala total (ESSS).....	78
Tabela 9 - Valores para a interpretação do coeficiente de correlação	85
Tabela 10 – Resultados da análise exploratória de dados	86
Tabela 11 - Correlação de Spearman entre os resultados do teste MoCA e a escala ESSS	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição da amostra por género	62
Gráfico 2 - Distribuição gráfica da amostra por nível de dependência	64
Gráfico 3 - Distribuição da amostra pela satisfação com as amizades/amigos que tem.	79
Gráfico 4 - Distribuição da amostra pela percepção da existência de suporte social íntimo.	81
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por satisfação com o suporte social familiar existente.	82
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por satisfação com as actividades sociais que realiza.....	83

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Índice de envelhecimento.....	25
Ilustração 2- Mapa geográfico de Amares	59

ÍNDICE DE SIGLAS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

AVD's – Actividades de Vida Diárias

AS – Actividades Sociais

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

ESSS- Escala de Satisfação com o Suporte Social

Et al - abreviação de et alii (outros, masculino plural)

H1 – Hipótese 1

IN - Intimidade

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

M – Média

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

n - amostra total

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Desvio Padrão

PAII – Projecto de Apoio Integrado ao Idoso

r – Coeficiente de Correlação

SA – Satisfação com os Amigos

SADI – Serviço de Apoio Domiciliário Integrado

SF - Satisfação com a Família

sig – significância

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UAI – Unidade de Apoio Integrado

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

Neste estudo sobre temas relacionados à terceira idade, pretende-se estudar a relação entre o desempenho cognitivo e a satisfação com o suporte social na pessoa idosa.

Enquanto enfermeira dos cuidados de saúde primários, a concluir o Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Faculdade de Ciências Sociais do Centro Regional de Braga da Universidade Católica Portuguesa, deparei-me com questões acerca da relação entre o desempenho cognitivo no idoso e a satisfação com o suporte social a que estes têm acesso. O objectivo deste estudo é compreender qual a relação entre a satisfação como o suporte social e o desempenho cognitivo dos idosos inscritos na USF AmareSaúde.

É natural que com o envelhecimento fisiológico cerebral surjam alterações cognitivas também do âmbito fisiológico. Considera-se que será possível identificar a satisfação com o suporte social a que o idoso tem acesso e relacionar este com o desempenho cognitivo. Como refere Ribeiro (1999) o suporte social é a dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida. Posto isto, esta temática tem todo o interesse no seu estudo e no seu aprofundamento pois, interferem na qualidade de vida do idoso, o que é fundamental.

Diariamente, na minha prática prática laboral que exerço diariamente deparo-me com inúmeras questões relacionadas com o idoso. O desempenho cognitivo do idoso é uma das questões que não são testadas no dia-a-dia, no entanto, é necessário que este não apresente alterações no seu desempenho cognitivo para que este possa ter a percepção adequada do que lhe é dito e para que assimile os conteúdos abordados nas consultas. Outro dos problemas com que me deparo também no meu quotidiano, é a satisfação com o suporte social, pois é algo que não é avaliado e o qual tem bastante importância.

Propõe-se apresentar neste presente documento a questão de partida para o estudo de investigação e objectivos apresentando, num primeiro ponto, uma breve

contextualização do problema, seguindo-se o enquadramento teórico, o desenvolvimento da investigação onde constarão, a natureza, o desenho e a população envolvida no estudo e questões éticas, por último irão ser apresentadas as opções metodológicas, finalizando com a apresentação e discussão dos dados e finalizando com as conclusões da dissertação.

PARTE I – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

1.1.MOTIVAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este tema em particular foi escolhido, devido a uma questão e um aspecto social emergente. O aumento percentual e crescente e que pode ser visível ao longo dos anos, pode ser comprovado através de vários dados estatísticos. Será que os idosos estão satisfeitos com o suporte social a que têm acesso, será que existe relação na qualidade de vida e no suporte social, será que este está derivado com o aumento da informação e como consequência da longevidade dos indivíduos; várias questões surgiram, decidi então, procurar uma questão pertinente, analisando, verificando, dados estatísticos e estudos através de um trabalho de campo, que pudessem dar uma resposta a minha questão de partida.

É inevitável que no meu dia-a-dia, enquanto enfermeira, posso verificar que existe suporte social na comunidade na qual presto cuidados, mas será esta suficiente em quantidade e qualidade? Será que esta está ao alcance de toda a população do concelho de Amares? A satisfação com o suporte social é algo muito importante para o idoso, mas também a percepção que este tem da mesma.

O nível cognitivo do idoso também é um ponto de imensa importância, pois sem saber se o idoso processa a informação, não se poderá saber se este a compreenderá. Quando lhe é efectuado algum tipo de ensino para lhe melhorar a saúde, é necessário que este compreenda o que lhe transmitido.

Posto isto, surgiu a curiosidade de tentar perceber se a relação entre a percepção da satisfação com o suporte social e o nível cognitivo do idoso está presente e se tem uma forte relação ou não.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo centra-se num tema actual e pertinente, sendo que a satisfação com o suporte social pode ser efectivamente importante no que diz respeito à qualidade de vida, incluindo a dimensão cognitiva, experimentada pelos indivíduos em idade avançada. É natural que com o processo de envelhecimento fisiológico haja uma alteração do desempenho ao nível cognitivo, no entanto, através de um envelhecimento activo é possível ter qualidade de vida e bem-estar.

Sempre foi de grande interesse a compreensão do funcionamento neuropsicológico no idoso. Este interesse associado ao interesse pela componente social, permitiu o surgimento deste tema e da pergunta de partida.

Como refere Ribeiro (1999) a percepção da satisfação com o suporte social é a dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar do idoso, o que faz perceber que esta temática terá muito interesse de estudo, pois este é fundamental.

O problema em estudo refere-se à relação entre a satisfação com o suporte social e o desempenho cognitivo.

O presente estudo apresenta como principal objectivo o estudo descritivo das variáveis: Desempenho Cognitivo e a Satisfação com o Suporte Social entre os idosos inscritos na USF AmareSaúde.

O objectivo secundário assenta no estudo correlacional das mesmas variáveis entre o grupo de idosos em estudo.

A questão de investigação que impulsiona o ponto de partida deste estudo é: - Qual a relação entre satisfação com o suporte social e o funcionamento cognitivo dos idosos da USF AmareSaúde?

1.3.OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objectivo geral:

Compreender qual a relação entre a satisfação com o suporte social e a função cognitiva dos idosos inscritos na USF AmareSaúde.

Tem como objectivos específicos:

- Identificar a satisfação com o suporte social

- Avaliar a função cognitiva no idoso

PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Por envelhecimento entende-se como o conjunto de processos no qual o organismo sofre alterações após a sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento não é sinónimo de velhice. Este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta e cinco anos, dependendo do país. O envelhecimento é considerado como o percurso de cada indivíduo no *continuum* normal-patológico. A diferença entre as pessoas resume-se, apenas a uma questão de velocidade, pois com o tempo toda a velhice teria, deste modo, tendência a reduzir-se a um estado patológico de senilidade ou demência (Fontaine, 2000).

O processo de envelhecimento da população e as consequências daí resultantes para as famílias, a segurança social e a saúde, provavelmente acentuadas por efeitos não pretendidos da vulgarização fora do campo científico da metáfora da “sociedade de risco” utilizada para caracterizar algumas das tendências de transformação das sociedades de capitalismo tardio, podem ter acentuado o sentido negativo da noção de risco de envelhecimento. Este risco está mais implicado quando falamos em falta de qualidade de vida (Capucha, 2003).

O homem demonstra uma certa dificuldade em aceitar o envelhecimento como um processo natural e quase seguramente inevitável. É bastante mais fácil para a espécie humana entendê-lo como um acumular de acções deletárias ao longo da vida. No entanto, o ciclo de vida de qualquer ser vivo encontra-se à partida inscrito e condicionado no seu código genético (Almeida, 2006).

A velhice é a época da vida em que a estrutura corporal se vai alterando mais visivelmente e rapidamente. O ritmo a que estas alterações próprias do envelhecimento se vão fazendo notar é, no entanto, bastante variável. A pessoa de idade possui mais dificuldade em se adaptar a mudanças e muito mais facilidade em lesionar-se. A progressão na idade constitui pois, um factor de risco para a acumulação de processos patológicos nos diversos compartimentos do organismo (Almeida, 2006).

Os termos envelhecimento e senilidade ou senescência são sinónimos para alguns investigadores. Para outros, no entanto, o primeiro significa apenas passivamente o processo cronológico, enquanto os segundos, designam todas as alterações orgânicas que caracterizam a idade avançada. O avançar da idade marcar o individuo com algumas características psicológicas. É habitual surgir uma certa perda da maleabilidade do pensamento e algum egocentrismo a que se associam problemas da memória e uma tendência a repetir-se. O funcionamento do sistema nervoso não escapa ao comando do cronometro biológico. Para certas funções do sistema nervoso é particularmente verdade que aquilo que se considera normal numa dessas fases, pode já significar algo de patológico em algumas das outras. As capacidades intelectuais estão habitualmente entre aquelas que se modificam com a idade (Almeida, 2006).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Ainda de acordo com a mesma fonte a maior parte dessas pessoas (aproximadamente 75%) vive nos países desenvolvidos. Portugal não é excepção a este panorama (Figueiredo, Galante e Sousa, 2003).

A velhice constitui um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações com o exterior. Estas mudanças exigem ao

idoso um esforço de adaptação as novas condições de vida, tratando-se de um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico (Figueiredo, Galante e Sousa, 2003).

Segundo Araújo *et al* (2007) a população geriátrica, nomeadamente, o grupo dos mais idosos constitui um grupo mais vulnerável ao estabelecimento de quadros clínicos associados a algum grau de dependência, que por vezes antecipa a institucionalização do idoso. O envelhecimento é um processo universal, pois insere-se no ciclo biológico, natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte. Mas o envelhecimento é um processo complexo, pois para além de biológico é conceptualizado culturalmente e socialmente construído.

O envelhecimento demográfico da sociedade não é, tal como o envelhecimento biológico do ser humano, um processo inevitável. Apesar de não necessários, o aumento da importância relativa dos indivíduos com idades mais avançadas (envelhecimento no topo) e a diminuição da importância relativa dos indivíduos nas idades mais jovens (envelhecimento na base) apresentam-se como uma evolução indiscutível da estrutura etária da população portuguesa. Daqui resulta uma mudança na configuração da estrutura etária, a qual se apresenta cada vez menos triangular, acentuando-se o formato tipo «urna» (Rosa, 1993).

Desde tempos perdidos no passado, que a problemática do envelhecimento tem sido assunto do âmbito filosófico. Disse Platão que toda a "filosofia é uma meditação relacionada com a morte". É no pós- 2ª guerra Mundial (segunda) e guerra civil de Espanha que o envelhecimento da população começa a sobressair e a chamar a atenção dos responsáveis pela saúde. Em Portugal, é na década de 50, com o pioneiro José Reis, que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas. Apesar do esforço e da sua persistência para impulsionar o interesse por uma nova doutrina médica - a Geriatria - a favor dos seres humanos até então singularmente negligenciados continuou a pensar-se

e a agir-se segundo modelos tradicionais de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de prognóstico, e muito poucas vezes de reabilitação (Martins, 2002).

Em 2001, a proporção de idosos -65 ou mais anos - recenseados (16,4%) ultrapassou pela primeira vez a dos jovens - 0 aos 14 anos - (16,0%). De 1981 para 2001, o Índice de Envelhecimento aumentou de 45 para 103 idosos por 100 jovens ou seja, o número de idosos a residir em Portugal ultrapassa o de jovens. Para este rácio contribuiu, sobretudo, a população do sexo feminino, cujo índice foi de 122 idosas por cada 100 mulheres jovens, enquanto o dos homens se situava nos 84 indivíduos, facto que reflecte a maior longevidade feminina. É nos concelhos do interior do País que existe um maior envelhecimento populacional, ou seja, o número de idosos é superior ao dos jovens (INE, 2001).

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de $\frac{1}{4}$ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Existiu um aumento da população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio – económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade. Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19% (INE, 2012)

Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45 (INE, 2012).

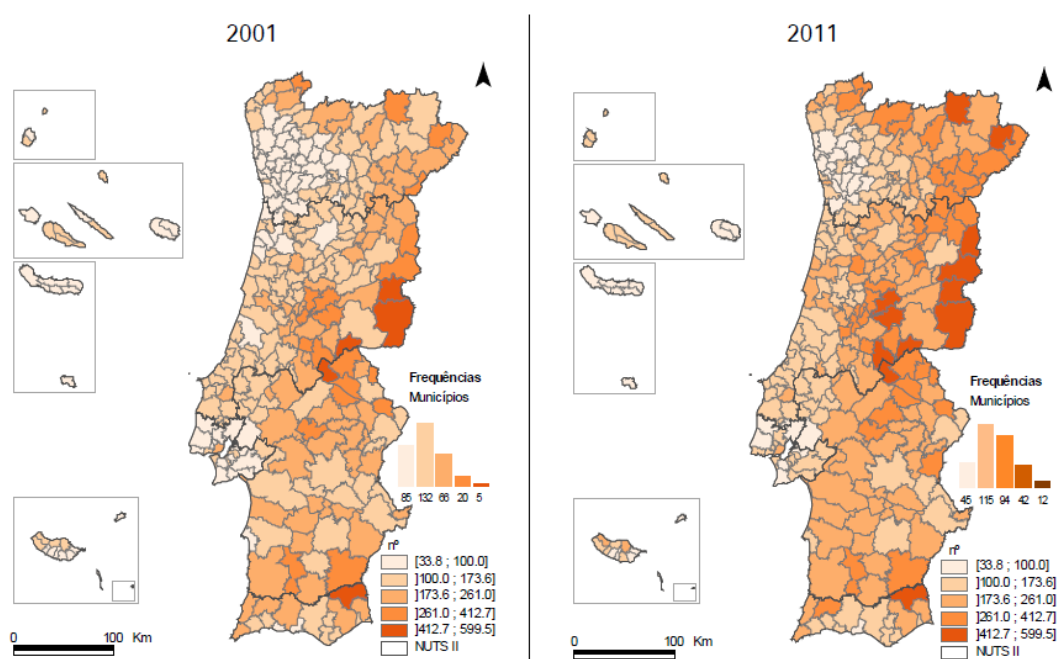


Ilustração 1 - Índice de envelhecimento

O aumento da longevidade e dos aspectos a ela inerentes fazem do fenómeno envelhecimento uma questão de estudo actual, que merece uma reflexão mais aprofundada do ponto de vista da saúde. Este processo de envelhecimento demográfico é, embora com imensidades diversas, partilhado por todas as zonas do país, encontrando-se todas elas duplamente mais envelhecidas (base e topo) (Martins, 2002).

Esse envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa é, em larga medida, explicado pela evolução da fecundidade e da mortalidade. Quanto à fecundidade, note-se que em Portugal ela tem vindo a apresentar níveis cada vez mais baixos, indo resultar numa retracção do peso relativo dos efectivos nas idades mais jovens e, concomitantemente, num aumento da importância relativa dos indivíduos nas outras idades. Esse declínio dos níveis de fecundidade pode ser ilustrado através dos valores de descendência média, ou seja, pelo número médio de filhos por mulher correspondente à manutenção do esquema de fecundidade observado num determinado momento, (Rosa, 1993)

O fenómeno do envelhecimento em Portugal traduziu-se por um decréscimo de 35,1% da população dos 0-14 anos e um incremento de 114% no grupo de indivíduos com 65 e mais anos. Na realidade, Portugal vivencia um contínuo aumento da população idosa (65 e mais anos), particularmente da mais idosa (80 e mais anos), que quase quadruplicou no período entre 1960-2004 (INE, 2007).

Segundo os Censos (2011) a população total do Concelho de Amares ronda os 18.889 mil habitantes, deste total 3112 tem mais de 65 anos (inclui ambos os sexos).

Tabela 1 - Distribuição da população de Amares por sexo e idade

Zona Geográfica	Total			65 Anos ou mais anos		
		H	M	HM	H	M
Amares	18889	9129	9760	3112	1340	1772

Não sendo a idade biológica um indicador preciso das alterações que acompanham o envelhecimento, a probabilidade de experimentar graves incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente nas idades mais avançadas e o grupo dos «mais idosos» é o que tem evidenciado o mais rápido crescimento, em Portugal e no Mundo (OMS, 2002).

2.2 COGNIÇÃO

Tomamos conhecimento do mundo através de um conjunto de actos perceptivos inscritos na instantaneidade. Se quisermos ter um comportamento adaptado ao nosso ambiente, a percepção pressupõe uma memorização dos elementos percebidos. Sem este armazenamento das informações, o ambiente apresentado como sendo novo, em cada momento; o reconhecimento dos objectos, das pessoas, dos acontecimentos seria impossível. Sem esse armazenamento da informação, nenhum conhecimento poderá ser estável, tornando-se impossível para cada um de nós poder prever, avaliar, agir e, desse modo, adaptar-se a qualquer ambiente. Esta possibilidade de um conhecimento geral no qual se inscreve o acto perceptivo, resulta de uma actividade mental designada por cognição (Teixeira, 2011).

2.2.1 Anatomofisiologia cognitiva

O cérebro é o principal órgão do sistema nervoso central e o centro de controlo de muitas actividades voluntárias e involuntárias do nosso corpo. Ele também é responsável pelas acções complexas como pensamento, memória, emoção e linguagem. No adulto este órgão pode ter cerca de 12 biliões de neurónios (Oliveira, 2012).

Segundo Seeley, (2003) podem-se distinguir várias zonas principais no encéfalo:

- O bulbo raquidiano é o ponto de passagem dos nervos que ligam a medula ao cérebro. Contém grupos de neurónios especializados no controlo de funções fisiológicas vitais, como o ritmo cardíaco, a respiração, a pressão arterial, ou funções motoras básicas como engolir. Esta região também influencia o sono e a tosse. O cerebelo é uma zona dorsal e desempenha um papel importante na manutenção do equilíbrio e na coordenação da actividade motora. Esta região recebe ordens do cérebro sobre os músculos e “ajusta-as” para uma melhor actuação motora. O encéfalo médio ou mesencéfalo é a zona que processa informação sensorial (visual e auditiva).

-O tálamo é a zona onde chegam a maior parte das fibras sensitivas e aqui as informações sensoriais são retransmitidas para as respectivas áreas do córtex cerebral. O hipotálamo desempenha um papel fundamental na regulação da temperatura do corpo, da fome, da sede, do comportamento sexual, na circulação sanguínea e no funcionamento do sistema endócrino (regulação hormonal). O sistema límbico é constituído por: hipocampo, septo, amígdala e o bulbo olfactivo. Ele é responsável por emoções, motivação e comportamento agressivo.

O cérebro é o centro da maioria das actividades conscientes e inteligentes e é composto pelos hemisférios cerebrais direito e esquerdo, unidos pelo corpo caloso. O hemisfério esquerdo é responsável pela linguagem verbal, pelo pensamento lógico e pelo cálculo. O hemisfério direito controla a percepção das relações espaciais (distâncias entre objectos), a formação de imagens e o pensamento lógico, entre outros. Em geral as funções motoras e sensitivas são “cruzadas”, ou seja, a metade direita do cérebro controla a metade esquerda do corpo e vice-versa (Merck, 2010).

Cada hemisfério é constituído por uma camada de substância branca e outra de substância cinzenta ou córtex cerebral. A substância cinzenta, que corresponde aos centros nervosos, tem um aspecto acinzentado devido aos corpos celulares dos neurónios que a constituem. São várias as funções do córtex cerebral, algumas simples,

outras mais complexas. Estas últimas envolvem processamento a alto nível- córtex associativo. É nesta substância que estão os centros de cognição e personalidade e onde se organiza a coordenação dos movimentos complexos. A substância branca, correspondente às vias nervosas, é formada pelas “caudas” dos neurónios (axónios). Os axónios ligam as células entre si e também as ligam a outras partes do encéfalo (Merek, Phillips e Sands, 2003).

Segundo Menche e Schäffler (2004), existem em cada hemisfério quatro lobos:

- Lobo temporal- cuja zona superior recebe e processa informação auditiva. As áreas associativas deste lobo estão envolvidas no reconhecimento, identificação e nomeação dos objectos.

- Lobo frontal- é o córtex motor primário, associado ao movimento de mãos e da face. As funções associativas deste lobo estão relacionadas com o planeamento.

- Lobo parietal- é o córtex somato-sensorial primário, recebe informação através do tálamo sobre o toque e a pressão. A nível associativo este lobo é responsável pela reacção a estímulos complexos.

- Lobo occipital- recebe e processa informação visual. As suas áreas associativas estão relacionadas com a interpretação do mundo visual e do transporte da experiência visual para a fala. O oxigénio e os nutrientes, necessários para o funcionamento normal das células do cérebro, chega-lhes através do sangue que circula em vasos sanguíneos (artérias).

Segundo Oliveira (2012) o cérebro recebe sangue por dois pares de artérias:

Artérias carótidas, que se formam a partir das artérias do pescoço. Estas dividem-se em: artéria carótida externa, que fornece sangue à face e ao couro cabeludo; artéria carótida interna, que fornece sangue à parte da frente do cérebro e do globo ocular.

Artérias vertebrais, que se formam a partir das artérias do peito. Estas dividem-se e fornecem sangue à parte de posterior do cérebro, ao cerebelo e ao bolbo raquidiano.

As células nervosas que se denominam também neurónios possuem características especiais que as susceptibilizam de uma forma particular no que respeita à inevitabilidade do envelhecimento. Sabe-se que o ADN neuronal está sujeito com o passar dos anos a alterações diversas e que os neurónios não possuem a capacidade de o replicar, se ele for destruído por qualquer agressão. Com a idade o ADN sofre mutações e anomalias cromossómicas semelhantes aquelas que podem resultar da sua lesão por agentes tóxicos para o genoma celular. O somatório de agressões ao ADN do idoso pode alterar o sistema de controlo da apoptose celular, ou seja, da capacidade que o organismo normal tem de destruir de forma programada as células que se vão deteriorando, com a finalidade de as substituir por elementos sãos. O neurónio é uma célula muito especial que possui prolongamentos celulares excepcionalmente longos e numerosas conexões intercelulares. Ao longo dos tempos tem havido uma evidente preocupação dos investigadores com a procura de marcadores morfológicos do envelhecimento do sistema nervoso, mais do que em qualquer outra área do organismo. Apesar das atenções se dirigirem acima de tudo para a investigação do cérebro demente, ou seja, deteriorado patologicamente no que respeita às suas funções mais complexas, ou cognitivas, tem-se tentado identificar também no cérebro do idoso marcadores adequados ao diagnóstico histológico ou microscópico do envelhecimento dito normal. (Almeida, 2006)

Psiquiatras descobriram que idade avançada está relacionada com o declínio das capacidades intelectuais é difícil acreditar que a organização e funcionamento do

cérebro humano podem ser descritos em poucas páginas. No entanto, é possível identificar alguns conceitos básicos que nos clarificam a organização e funcionamento cerebral (Woods, 1997).

O cérebro humano está envolvido como um órgão que cria uma representação do Mundo externo e produz um comportamento em resposta. O cérebro para produzir uma resposta ou um certo comportamento necessita de uma descrição do meio envolvente. As três principais funções do cérebro humano são: (1) Produzir comportamento (2) Criar uma realidade sensorial e (3) Criar conhecimento que integra informação a diferentes tempos e domínios sensoriais, usando esse conhecimento para conduzir o comportamento (Woods, 1997).

O cérebro é composto por neurónios e células da glia que são as suas células principais. Existem cerca de 80 biliões de neurónios e 100 biliões das células da glia no cérebro humano. Os neurónios são as células que carregam para fora do cérebro a maior parte das funções comportamentais e as descreve mais tarde. As células da glia são como um género de “cola” que mantem o sistema nervoso unido. O neurónio é a unidade base da anatomia, fisiologia e cognição. As células cerebrais independentemente de onde são encontradas nos diferentes animais são bastante semelhantes. Muitos neurónios têm algum tipo de mecanismo, ambos para receberem a informação (no campo dendrítico) e enviá-la (axónio), esses podem também actuar para alterar a informação que chega (Woods, 1997).

2.2.2. Funcionamento do sistema cognitivo

A partir dos 70 anos começam habitualmente a fazer-se sentir certas dificuldades na capacidade de memorizar, de recordar nomes, de adquirir e reter novas informações e também de fixar a atenção, embora com uma progressão muito lenta e sem interferir com as AVD's. Investigações mais recentes revelam que a função verbal se mantem

frequentemente até à 7ª década e só então começa a regredir de forma muito lenta (Almeida, 2006).

O processo de envelhecimento do sistema nervoso tem como substrato uma redução da actividade de diversos sistemas neuronais, com início habitual na meia-idade e que progride até atingir uma intensidade tal que origina manifestações clínicas, se a vida não tiver entretanto sofrido uma interrupção causada por uma interconcorrência mórbida mortal. A perda da função neuronal associa-se a redução de cerca de 20% do afluxo sanguíneo ao cérebro e a diversas transformações estruturais no sistema nervoso, que têm sido investigadas sobre o ponto de vista macroscópico e histológico. Reduzem-se progressivamente o volume e o peso do encéfalo, atrofiam-se as circunvoluções, dilatam-se os sulcos entre elas e alargam-se também os ventrículos cerebrais. O cérebro da pessoa idosa revela uma atrofia global e o seu volume reduz-se cerca de 15% entre os 20 e os 90 anos (Almeida, 2006).

Uma grande perda de volume cerebral no idoso não é fisiológica, quer dizer, não acontece normalmente é antes devida a uma das patologias do sistema nervoso que habitualmente se manifestam por demência. A redução do volume verificada no cérebro não demente nas fases mais tardias da vida e que é denominada por alguns autores como atrofia senil simples, deve-se principalmente à diminuição do volume da substância branca cerebral (Almeida, 2006).

A veracidade do ditado popular tem por base o que se verifica nas situações em que os efeitos normais ou fisiológicos do avançar da idade se associam a uma certa deterioração, já patológica, das funções cognitivas do indivíduo com a libertação de pulsões diversas, que tem origem no seu sistema límbico. É nestas circunstâncias que reaparecem no idoso algumas características psicológicas da infância e ele pode começar então a ter comportamentos que fazem lembrar os de uma criança. O sistema límbico é um substrato anatómico da expressão emocional e comportamental. Possui

um papel essencial nas emoções e nos sentimentos, nos desejos e até nos impulsos de agressividade, de fuga ou de procura do acasalamento. Quando uma pessoa de idade fica com as suas pulsões límbicas desinibidas, isto é, livres da actividade das áreas cerebrais superiores, que o controlam em condições normais, elas podem manifestarem-se plenamente (Almeida, 2006).

Perdem-se neurónios e reduz-se a quantidade chamada substância cinzenta, ou seja, aquela componente do sistema nervoso que contem os corpos celulares dos neurónios. Desaparecem neurotransmissores e, por outro lado os seus receptores reagem de forma especial a certos medicamentos. O sistema nervoso vegetativo, ou autónomo, adquire certas particularidades de funcionamento (Almeida, 2006).

Quando se lida com as alterações das funções intelectuais do idoso, denominadas também cognitivas, complexas ou superiores do sistema nervoso central, a questão fundamental é saber se elas podem ser consideradas fisiológicas, quer dizer normais para o grupo etário considerado, ou se pelo contrário são já manifestações de patologia demencial, mesmo que muito incipiente. Os testes de avaliação neuropsicológica podem ser bastante úteis, ao revelarem no primeiro caso a capacidade dos indivíduos para executar razoavelmente os testes, o que significa que as deficiências cognitivas não se objectivam. As principais alterações das funções cerebrais complexas associadas ao avançar da idade dizem respeito à memória, à capacidade de aprendizagem e de resolução de problemas, ou seja, à rapidez com que o cérebro processa as informações. Em contrapartida, muitas outras funções cognitivas mantêm a sua integridade ao longo dos anos (Almeida, 2006).

Segundo Molina (2002):

- Memória, a linguagem e outras capacidades intelectuais.

A memória é a segunda grande função do cérebro e sem dúvida tem que estar correlacionada com o desenvolvimento do cérebro. A teoria cognitiva desta capacidade intelectual não foi tão desenvolvida como a da inteligência até ao momento, talvez se deva à complexidade e tipos de memória existentes.

- Vontade, processo de decisões e inteligência artificial

No esquema funcional do cérebro o processo de tomada de decisões da vontade não aparece devido a que se estudou com uma abordagem diferente.

2.2.3. Cognição na velhice normal

O envelhecimento normal é um estado sem ocorrência de patologias biológicas e mentais; o envelhecimento patológico pode ser caracterizado pela degenerescência associada a doenças crónicas, a doenças e síndromas típicos da velhice e a desorganização biológica; e o envelhecimento óptimo é um estado ideal, em que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação pessoal e social muito satisfatória (Novo, 2000, *cit in* Figueiredo, Galante e Sousa 2003).

Envelhecer com sucesso trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice e de uma escolha de determinados estilos de vida, que proporcionem a manutenção da integridade física e mental (Fonseca, 2005). Factores biológicos, como o papel da saúde, da alimentação e exercício físico, os aspectos biológicos e genéticos; factores psicológicos, como o funcionamento mental, estratégias de *coping*, mecanismos de defesa, a personalidade do sujeito; e factores sociais, como factores históricos, efeitos da coorte, relações sociais, o contexto social, o suporte social, os recursos económicos, culturais e educacionais, têm um papel determinante no envelhecimento (Fonseca, 2005).

Sendo a vida adulta um período longo da vida, e passando o adulto por experiências de vida múltiplas, complexas e variadas, seria impensável, contra-intuitivo mesmo, que esse período não fosse também rico em termos não fosse também rico em termos de mudanças cognitivas. (Lourenço, 1997).

O homem demonstra uma certa dificuldade em aceitar o envelhecimento como um processo natural e quase seguramente inevitável. É bastante mais fácil para a espécie humana entendê-lo como um acumulador de acções prejudiciais ao longo da vida. No entanto, o ciclo de vida de qualquer ser vivo encontra-se à partida inscrito e condicionado no seu código genético (Almeida, 2006).

Em geral é possível existir um envelhecimento fisiológico sem qualquer tipo de alteração ao nível cognitivo, no entanto, aquando do aparecimento de défices a este nível é também possível afirmar que estes fazem parte de um desenvolvimento fisiológico (DSM-IV, 2002).

O que um individuo é na sua velhice, depende do que foi toda a sua vida e corresponde ao que foi afinal muitas vezes ao acentuar das características da sua personalidade. O estudos sobre estes temas têm mostrado que a componente genética é aqui mais importante do que a ambiental (Almeida, 2006).

2.2.4. Cognição na velhice patológica

É bastante comum que surjam algumas alterações cognitivas com a idade, como é por exemplo o caso da demência. Quando se fala em demência entende-se pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos (incluindo o défice de memória) devido aos efeitos directos de um estado físico geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (exemplo, efeitos combinados de uma doenças cardiovascular e de uma doença de *Alzheimer*). As perturbações incluídas nesta secção

partilham uma apresentação sintomática comum mas diferenciam-se com base na etiologia (DSM-IV, 2002).

É importante termos em conta que muitas das vezes os idosos são erradamente diagnosticados com demências. Para que uma demência seja diagnosticada adequadamente a pessoa em causa deverá ter diminuição de memória e pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbações na capacidade de execução. Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento (DSM-IV, 2002).

A diminuição de memória deverá estar presente para se fazer o diagnóstico de demência e é um sintoma precoce proeminente. As pessoas com demência vêm diminuídas a sua capacidade para aprender coisas novas ou para esquecer coisas previamente aprendidas (DSM-IV, 2002).

Os investigadores procuram há longos anos uma base molecular para o processo biológico ou bioquímico do envelhecimento. Admitem-se hoje para ele diversos mecanismos. Um será eventualmente a falência da multiplicação celular e das mitoses em todos aqueles tecidos em que as células têm capacidade de divisão. Outro mecanismo poderá ser a morte de certas células especializadas e não divisíveis, como é o caso dos neurónios e em parte também das fibras musculares, com uma redução da eficácia funcional na actividade respectiva. Um terceiro processo admitido na senilidade é a perda progressiva da elasticidade do poder contráctil do colagénio, que é a proteína estrutural constituinte de cerca de 40% de proteínas do organismo e a responsável pela adesividade na pele, músculos, ossos e sangue. As doenças que mais frequentemente põe termo à vida dos idosos são as neoplásicas, as vasculares, as cerebrais e cardíacas, as infecções principalmente pulmonares e do aparelho geniturinário, as complicações da fractura do colo do fémur e por último as patologias degenerativas do sistema nervoso,

como as doenças de *Alzheimer* e de *Parkinson*. Com o avançar da idade perdem-se alguns dos mecanismos protectores do *stress* oxidativo e aumenta a susceptibilidade aos produtos agressivos que dele podem resultar (Almeida, 2006).

Os órgãos que no organismo do idoso habitualmente mais evidenciam um envelhecimento são o sistema nervoso central. A patologia neurológica é particularmente abundante na população de idade avançada. Cerca de 20% das pessoas com mais de 85 anos apresentam uma certa deteiorização intelectual, quer isolada, quer acompanhando outras afecções (Almeida, 2006).

2.2.5. Alterações cognitivas

Segundo Teixeira (2011) o estudo da cognição consiste no estudo das funções da memória, de operacionalização e de controlo, a partir dos quais os seres humanos processam, constroem e usam a informação. As funções da memória engloba a codificação, retenção e evocação da memória, enquanto as funções de operacionalização englobam o pensamento, revolução de problemas, formulação de conceitos e processamento de informação, por último as funções de controlo (função executiva) refere-se às funções de direcção, regulação e controlo.

A população idosa está actualmente a aumentar. No estudo de Calero e López (2009), com idosos há uma alta incidência de défices cognitivos e demências, o aparecimento destes défices têm uma grande influência na sua qualidade de vida em geral. Ainda no mesmo artigo os autores fazem referência às possíveis causas do défice cognitivo. Algumas causas podem ser as seguintes: idade, sexo, educação, história familiar de demência, dificuldades objectivas e subjectivas de memória, alguns medicamentos, dificuldades sensitivas-motoras, hipometabolismo em algumas áreas cerebrais, redução do tamanho do hipocampo, défices na aprendizagem, depressão, nível de escolaridade baixo, baixa estimulação cognitiva, baixa participação em actividades sociais, nível

baixo de actividade física e ainda problemas relacionados com o sono. Todos estes factores podem ser importantes na prevenção do declínio cognitivo em idosos.

Segundo Solso (1991) quando os domínios da memória, do conhecimento, do reconhecimento de imagens, da inteligência, da resolução de problema, linguagem, percepção, reconhecimento e a atenção estão afectados, diz-se que existem défices ao nível da cognição.

Envelhecer não é sinónimo de incapacidade cognitiva. Cada indivíduo tem uma história pessoal, o que lhe confere uma certa individualidade, ou seja, indivíduos diferentes envelhecem de modos diferentes. É verdade que, no processo de envelhecimento, muitos indivíduos manifestam algum declínio em certas habilidades cognitivas, porém muitos outros envelhecem de forma saudável e conseguem manter níveis elevados de funcionamento cognitivo durante toda a vida. Em alguns indivíduos, as alterações de certas habilidades cognitivas ultrapassam aquilo que poderia ser considerado normal e apresentam-se como persistentemente progressivas. Essas formas perniciosas de deterioração intelectual podem ser causadas por diversas condições neuropatológicas, originando diferentes quadros demenciais (Calero e López,2009).

“Demência” e “demente” são, na linguagem corrente, palavras estigmatizantes, evidenciando, de um modo geral, a falta de preparação para compreender e aceitar os males da mente (Pontes, 2007). Sob o ponto de vista clínico, a demência é considerada uma síndrome marcada pela ocorrência de múltiplos défices cognitivos ou de transtornos do funcionamento executivo. De acordo com o *International Statistical Classification of Disease Related Health Problems* da Organização Mundial de Saúde (2007), trata-se de uma situação em que se registam perturbações, mais ou menos acentuadas, da actividade social, profissional e até da vida quotidiana de indivíduos que, sem alteração do seu nível de consciência, manifestam alterações persistentes das funções nervosas superiores, especialmente da memória, do pensamento, da orientação,

da aprendizagem, do cálculo, da compreensão e da capacidade para efectuar juízos críticos. Segundo os critérios apresentados pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000), demência é definida como um défice cognitivo múltiplo, afectando a memória e associando-se a, pelo menos, um de quatro sintomas de perturbação intelectual (afasia, agnosia, apraxia ou disfunção executiva), com declínio apreciável do prévio desempenho profissional ou social da pessoa, e que não ocorra no decurso de estado de confusão ou de doença depressiva. (Bertelli, Vasconcelos-Raposo e Fernandes, 2007).

Assim, é crucial discriminar as situações de declínio cognitivo que acompanham o processo normal de envelhecimento, as dificuldades cognitivas associadas a condições psicopatológicas independentes da idade e as condições de declínio cognitivo pernicioso. Para isso, pode contribuir de forma significativa, com base em métodos de diagnóstico diferencial, a avaliação neuropsicológica, realizada por equipas multidisciplinares que podem também contribuir de forma significativa para a estruturação de programas de reabilitação cognitiva, em qualquer um daqueles casos (Bertelli, Vasconcelos-Raposo e Fernandes, 2007).

É tão importante reconhecer, identificar e tratar, ou acompanhar, as patologias que possam afectar pessoas com mais idade, quanto não perder de vista que o processo de envelhecimento se faz acompanhar por mudanças que, mesmo quando se traduzam em certas limitações das capacidades ou da actividade, não são necessariamente anormais e não devem ser confundidas com manifestações patológicas. Procedeu-se à caracterização genérica da demência e ressaltou-se a necessidade de equipas multidisciplinares procederem à demarcação entre as situações de declínio cognitivo que acompanham o processo normal de envelhecimento, as dificuldades cognitivas associadas a condições psicopatológicas independentes da idade e as condições de declínio cognitivo pernicioso (Bertelli, Bianchi e Cruz, 2009).

Salientou-se, em particular, a relevância do papel dos psicólogos, quer pela importância das avaliações neuropsicológica e cognitiva, para o diagnóstico diferencial dos quadros demenciais, quer pela responsabilidade que lhes deve ser atribuída no desenho e concretização de programas de reabilitação cognitiva. Relembrou-se a posição nuclear que a DCL ocupa, no conjunto das patologias demenciais mais frequentes entre os idosos, como segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa, com uma prevalência de 10% a 15% dos casos pertinentes. Referiu-se o risco de confusão, no diagnóstico, entre a DCL e outras patologias, e a gravidade das consequências eventualmente resultantes, especialmente as associadas ao uso erróneo de antipsicóticos ou neurolépticos (Bertelli, Bianchi e Cruz, 2009).

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é uma entidade clínica intermédia entre as alterações cognitivas do envelhecimento e as primeiras manifestações clínicas da demência. Esta concepção reúne o consenso da maioria dos investigadores e encontra sustentação empírica em numerosos estudos (Freitas *et al*, 2010).

A influência da actividade física nas respostas inflamatórias, na produção de agentes imunorreguladores e na protecção neurológica contra o desenvolvimento de demência, não constituindo o objecto desta revisão os inúmeros benefícios psicológicos da actividade física na população idosa. A eficiência do funcionamento cognitivo – por exemplo, a velocidade de processamento de informação e a manutenção dos conteúdos na memória de trabalho – decresça com a idade, a experiência e o conhecimento acumulados não apresentam uma tendência negativa, o que dá suporte ao argumento de que essas memórias, a acumulação dos resultados da interacção com o ambiente físico e social, são o capital mais valioso das pessoas mais idosas. Apesar das respectivas diferenças, todas estas doenças neurodegenerativas compartilham algumas características, entre as quais, a acumulação anormal de certas proteínas, sendo que os neurónios são particularmente vulneráveis aos efeitos tóxicos de mudanças estruturais nas proteínas, o que pode provocar silenciosos processos inflamatórios crónicos.

Estudos recentes na área da psiconeuroimunologia forneceram evidência epidemiológica que associa variáveis psicossocioculturais, como a actividade física (intensidade, frequência, duração e tipo), às baixas taxas de morbidade, mortalidade e respostas inflamatórias do organismo, evidenciando que a actividade física, por si só, parece baixar o nível de produção de citocina pró-inflamatória, e que a actividade física regular diminui as inflamações e regula a produção de citocinas anti-inflamatórias. (Bertelli *et al*, 2011).

A inflamação consiste numa resposta imunitária, central em muitas doenças, já que constitui uma reacção imunogénica localizada contra um agente invasor, com a finalidade de restringir e, posteriormente eliminar esse agente. Citocina é o nome que designa o grupo de proteínas envolvidas na emissão de sinais entre as células, funcionando como um conjunto de agentes imunorreguladores. As citocinas pró inflamatórias atraem células imunes, que respondem aos agentes invasores. A inflamação localizada é uma resposta imunitária vital, que, quando aguda, é benéfica, mas quando crónica e silenciosa pode levar ao desenvolvimento de doenças neurodegenerativas. A presença de inflamação permite uma previsão bastante fiável da mortalidade em pessoas idosas. Citocinas pró-inflamatórias são prognósticas para, por exemplo, a DA. Factores psicossocioculturais podem provocar directamente a produção de citocinas pró-inflamatórias, mesmo na ausência de infecção ou ferimento¹⁰. Além disso, acresce que, a seguir à menopausa e à andropausa, o nível de citocinas pró-inflamatórias se eleva, mesmo na ausência de qualquer infecção, trauma ou *stress*, o que amplia o risco de desenvolvimento de inflamações crónicas silenciosas. As citocinas anti-inflamatórias são uma série de moléculas imunorreguladores que controlam as respostas da citocina pró-inflamatória. As citocinas agem, de forma concertada com inibidores específicos de citocina e receptores solúveis de citocina, para regular a resposta imunitária. O seu papel fisiológico, na inflamação, e o seu papel patológico, em estados inflamatórios sistémicos, têm sido gradualmente reconhecidos. Pessoas com idade, em boa forma física, identificadas com base em auto-relatos do seu nível de actividade física, apresentam melhor desempenho do que os seus pares sedentários, em

testes de raciocínio, memória de trabalho, tempo de latência e vocabulário (Bertelli *et al*, 2011).

2.3. SUPORTE SOCIAL EM IDOSOS

O suporte social tem benefícios ao nível da saúde. Num estudo realizado por Ribeiro (1999), este refere que o *stress* afecta negativamente o indivíduo. O Suporte social leva-nos a 4 pressupostos: 1 - A não existência de suporte social é fonte de *stress*; 2 - A perda de suporte social constitui um *stress*; 3 - O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*; 4 - O suporte social é benéfico.

Apoio emocional e social podem estar relacionados ao bem-estar de uma forma bem diferente, por exemplo, o apoio prestado por um amigo, diferencia-se do apoio dado por familiares. Posto isto, ainda há muito a ser entendido sobre a associação entre apoio social e bem-estar entre os idosos frágeis. O apoio informal a partir da rede de parentesco tem sido frequentemente associado ao benefício para o bem-estar dos idosos, mas em alguns estudos relatam associações negativas. Tem sido demonstrado que receber apoio para as Actividades de Vida Diária Instrumentais tem um impacto negativo no bem-estar, porque está relacionado à perda de autonomia e crescentes necessidades e dependência (Huxhold e Merz, 2010).

O contraste manifesto entre a crescente prevalência de pessoas idosas e a marginalidade social a que elas vão sendo remetidas, perante uma evidente carência de instituições e técnicos reconhecidamente especializados na prestação de cuidados à terceira idade. Constituímos uma sociedade em que, infelizmente parece que os idosos são ainda considerados um fardo social (Almeida, 2006).

Os homens parecem beneficiar mais de um parceiro de coabitação do que as mulheres, quando se trata de risco de aparecimento da deficiência significativo. A interacção entre o estado de convivência que cada um dos indivíduos tem e as outras medidas de relações sociais foi sugerido para os homens mas não para as mulheres. Consequentemente, os homens que vivem sozinhos podem eventualmente reduzir o

risco de aparecimento de deficiência, sendo socialmente activos e por terem acesso a relações sociais satisfatórias. As mulheres não parecem beneficiar tanto da coabitação como os homens, embora as mulheres que vivem sozinhas e que não estão satisfeitas com suas relações sociais também constituem uma categoria de risco significativo. Um desafio futuro para a nossa sociedade será o de efectuar cuidados especiais às necessidades das pessoas idosas que vivem sós (Lund *et al*, 2010).

No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio. Neste conjunto destacam-se as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, directa ou indirectamente, à Igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais, todas beneficiando de algum apoio do Estado e que, no seu conjunto, são as promotoras da maior parte dos serviços existentes no nosso país, ao nível da chamada terceira idade. As redes de apoio informal à pessoa idosa podem subdividir-se em dois grandes grupos: a) as constituídas pela família do próprio idoso e b) as constituídas pelos amigos e vizinhos (Paúl, 1997).

O suporte social corresponde à crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido, reforça ou não, essa crença. Embora haja inúmeras medidas do apoio social as medidas de apoio percebido são as que parecem traduzir um efeito mais forte e consistente na saúde e no bem-estar dos mais velhos (Paúl, 2005).

Segundo Ribeiro, (2009) o funcionamento social é um conceito amplo e genérico que pode incluir todo o comportamento humano no papel e no contexto social. Este autor explica que o funcionamento social pode ser visto como o ajustamento às expectativas normativas sobre o papel e o comportamento social no seio da comunidade. O funcionamento social tem sido considerado uma das dimensões de saúde, mas o autor

defende que ele também é indicativo do estado mental e físico, ou seja, problemas de funcionamento social podem ser causados por problemas de saúde física e mental. O suporte social (SS) é diferente do funcionamento social referindo-se ao contexto onde o funcionamento social ocorre, sendo constituído pela variedade de recursos fornecidos pelas outras pessoas. Uma pessoa pode ter um bom funcionamento social apesar de ter um SS fraco e pode ter limitações de funcionamento social mesmo com um forte SS.

2.3.1.Redes Sociais

As redes sociais são importantes para o bem-estar e satisfação com a vida ao longo da mesma, mas são susceptíveis de ser especialmente importantes em aumentar desafios funcionais e de saúde. De diferentes maneiras, parentes são fornecedores importantes de contactos sociais e bem-estar. Verificou-se muitas vezes que receber o apoio social prediz maior bem-estar em adultos mais velhos embora suporte social seja uma construção complexa e os efeitos podem variar de acordo com tipo de apoio e por quem o fornece (Huxhold e Merz, 2010).

Definir redes de apoio ou suporte informal como incluindo, quer estruturas da vida social de um individuo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer funções explícitas, instrumentais ou sócia afectivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença. O apoio social refere-se sobretudo a três medidas: (1) a integração social ou seja a frequência de contactos com os outros; (2) o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efectivamente fornecida por elementos da rede e (3) o apoio percebido. As medidas de apoio estrutural que se referem à existência e conexão entre laços sociais, são geralmente preferidas por sociólogos enquanto as medidas de apoio funcional que avaliam as funções específicas que essas relações servem, são a opção dos psicólogos (Paúl, 2005).

O aspecto central é saber como o apoio social se associa aos resultados do envelhecimento. Uma das questões aqui incluídas é o tipo de associação entre as relações sociais e a saúde, aspecto que, como já referimos, é de primordial importância para o envelhecimento activo. A maior parte das investigações empíricas inserem-se nos modelos de *stress* e mostram o efeito das redes sociais em minorar as consequências negativas do stress, sobretudo através de medidas funcionais. Por seu turno, as medidas estruturais serviriam mais como preventivas e de efeito directo (Paúl, 2005).

Quando falamos em idosos temos que considerar o efeito das redes sociais na saúde e mortalidade mas também os efeitos no próprio bem-estar psicológico e satisfação de vida. Para a maioria dos idosos com incapacidade, a existência de redes sociais de apoio tem ainda um papel fundamental (sobretudo instrumental) na manutenção dos idosos na comunidade, abrindo uma extensa área de investigação sobre o cuidado e os cuidadores de idosos (Paúl, 2005).

O papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito protector de evitar o *stress* ou efeito de “almofada” que amortece o stress associado ao envelhecimento. Devemos diferenciar entre as redes familiares e as redes de amigos, sendo que a primeira é “involuntária” e baseada no sentido da obrigação, enquanto a segunda é uma escolha voluntária, o que produz efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte de amigos e vizinhos (Paúl, 2005).

Paul, Fonseca, Martin e Amado (2003) verificaram no seu estudo que embora o tamanho de rede social fosse maior nas zonas rurais, a sua constituição envolvia sobretudo vizinhos e o número de confidentes era menor. Os idosos rurais vivem longe dos seus filhos e pelo menos no nosso país, a ideia das famílias rurais alargadas é, nas zonas desertificadas do interior como a que estudámos, um verdadeiro mito. Uma boa rede social no idoso pode-lhe aumentar a qualidade de vida.

2.3.2. Acção Social

A acção social tem procurado actuar de forma a responder às necessidades sentidas e vividas pela população idosa. O lar de idosos foi, durante muito tempo, a única resposta social existente no apoio à terceira idade. Porém como consequência de uma cada vez maior consciencialização por parte da sociedade face aos crescentes problemas dos idosos, foram implementadas medidas no sentido de beneficiar e remodelar estas instituições e desenhar novas respostas, nomeadamente a do acompanhamento do idoso no seu quadro habitual de vida (Lemos, 2000).

O debate gerado em torno do envelhecimento e das respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos têm adquirido nos últimos anos e particularmente nas sociedades ocidentais, crescente actualidade e relevância. A notoriedade desta questão encontra-se na centralidade que o tema tem tido no discurso política e social e na proliferação de iniciativas mais ou menos visíveis e mediáticas que têm como preocupação central questões ligadas a velhice e ao apoio social (Fontinha, 2010).

O sistema de acção social, desenvolvido por Instituições Públicas, e por IPSS, sem fins lucrativos, têm por objectivo reparar situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência, exclusão social, de modo a que seja feita a integração e respectivas capacidades. É o artigo 63/5 da constituição da República que regula a relação entre a Segurança Social e as IPSS's: *“O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objectivos de solidariedade social consignados”*.

A acção social destina-se a assegurar a protecção aos grupos mais vulneráveis, onde se enquadram os idosos, em situações que não possam ser superadas através do subsistema de solidariedade.

Em matéria de protecção dos idosos, a oferta no âmbito da acção social é bastante ampla. Existem os lares, as residências, o sistema de acolhimento familiar de idosos, o acolhimento temporário de emergência para idosos, os centros de noite, os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia, etc.

Para além das políticas mencionadas anteriormente, em Portugal existem outros programas de protecção social para idosos, como o Programa de Apoio integrado aos idosos (PAII). Para idosos dependentes temos respostas como, Serviços de Apoio Domiciliário Integrado (SADI); Unidades de apoio Integrado (UAI); Plano Avô; Programa de apoio a iniciativa Privada Social.

O PAII é enquadrado pelo despacho conjunto nº 116/94 de 1 de Julho de 1994. É uma proposta inovadora do Ministério da Saúde e da Solidariedade, visa de forma demonstrativa, evidenciar os direitos das pessoas idosas a uma vida condigna, qualquer que seja o seu estado de saúde ou situação familiar e social, promovendo a sua inclusão e a sua melhoria da qualidade dos cuidados que lhe são prestados em resposta às necessidades diagnosticadas. Tem como objectivo promover a autonomia das pessoas idosas no domicílio, melhorar a qualidade, a mobilidade e a acessibilidade a serviços.

Segundo Paúl (1997), no seu estudo sobre “residências para idosos” refere que “*a insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência em que está inserida nunca surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que se realizou junto da população idosa. Já os problemas de saúde, que limitam o funcionamento dos idosos, e a falta de recursos económicos para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, apareceram inúmeras vezes como o factor próximo que antecedeu a institucionalização*”.

O lar de cada pessoa, como uma unidade holística, sugere a importância de investigar e teorizar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do

idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos “Lar”, mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa de facto ser o “Lar” do idoso. Sabemos que o conjunto de serviços e equipamentos que cada sociedade oferece aos seus idosos tem como objectivo melhorar as condições de vida. A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis. Se é verdade que a perda de autonomia física é um factor determinante na opção do internamento, e que muitos dos idosos que residem nos lares são fisicamente dependentes, o facto é que, associados a esta dependência física surgem outros factores que por vezes condicionam mais fortemente a decisão (Pimentel, 2001).

2.3.3. Equipamento Sociais para Idosos

Criaram-se assim novas resposta sociais que tem por objectivo a promoção das condições de autonomia e bem-estar:

Os lares de idosos são instituições de acolhimento/equipamentos de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia (Lemos, 2000). Constituem uma alternativa para as pessoas mais frágeis e dependentes que, por diversas razões de ordem médica e social, não tem condições de manutenção na sua residência (Brito e Ramos, 2000).

Estes estabelecimentos integram na sua prestação de serviços, para além do alojamento, cuidados de higiene, alimentação e apoio nas actividades de vida diária, cuidados de saúde, apoio psicossocial, actividades de lazer e serviços religiosos.

De acordo com Brito e Ramos (2000), nos países desenvolvidos estima-se que 5% das pessoas com mais de 65 anos estão institucionalizadas, número este que aumenta nos idosos mais velhos.

As residências de idosos são instituições constituídas por um conjunto de apartamentos, com serviços de utilização comum, para idosos que se bastem a si próprios e que possam cuidar da sua habitação (Lemos, 2000). Os serviços comuns dispõem normalmente de espaços comuns onde é possível o convívio e o desenvolvimento de actividades de lazer.

Bitzen e Kruzich (1990, *cit in* Paúl, 2005) dividem as relações interpessoais existentes nos lares em três tipos: a) residente/ não residente, que se verificam principalmente com a família, em que a frequência desta relação varia de acordo com uma série de factores, nomeadamente a distância destes ao lar em que o idoso está inserido; b) residente/ residente, estas podem ter duas possibilidades ou entre idosos que ocupam o mesmo quarto ou entre idosos que ocupam quartos diferentes, havendo sempre uma percentagem significativa de idosos, considerados solitários, tendo também em atenção que perturbações cognitivas da fala, audição e visão afectarão negativamente o relacionamento social entre idosos; c) residente/ pessoal ou voluntários, em que estas relações tendem a ser pouco problemáticas, ainda que não muito próximas, salientando-se que os indivíduos com maior grau de deficiência se relacionam melhor com o pessoal de enfermagem e os indivíduos mais autónomos tem melhor racionamento com o pessoal das actividades recreativas.

Segundo Martins (2006), os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos estão disponíveis em algumas formas de equipamentos:

Lares de Idosos – Estabelecimento colectivo de acolhimento, temporário ou permanente, de idosos em situação de vulnerabilidade, que visa o cumprimento de uma

série de serviços básicos para a manutenção da qualidade de vida, nomeadamente, a alimentação, cuidados sanitários e de saúde, estímulo à integração e à actividade social do idoso. Este equipamento é regido pelo Despacho Normativo nº 12/98 de 05 de Março (Martin *et al*, 2006).

Lares para Cidadãos Dependentes – constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência (acamados).

Centros de Dia – Equipamento social de prestação de serviços ao idoso que visa promover a sua integração social e familiar e a normalidade das actividades de vida quotidiana. Na actualidade os Centros de Dia não têm enquadramento legal específico, mas a Segurança Social disponibiliza um Guia Técnico acerca deste tipo de equipamentos (Martin *et al*, 2006).

O Apoio Domiciliário – Cuidados prestados directamente no domicílio que visam obviar a incapacidade de pessoas, ou famílias, de suprirem, temporária ou permanentemente, as suas necessidades básicas e/ou as suas actividades de vida diária, conforme o estipulado pelo Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro, evitando a sua institucionalização. Assim, o idoso recebe os serviços junto do seu meio, de familiares, vizinhos e amigos. O serviço de apoio domiciliário presta serviços ao idoso no domicílio, substituindo-o na sua incapacidade de realizar determinadas tarefas. Este serviço não apoia somente o idoso, mas também a sua própria família na resolução de problemas de carácter social. Este tipo de apoio traduz-se na prestação de serviços de transporte, higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupa, limpeza no domicílio, entre outros (Martin *et al*, 2006).

Acolhimento Familiar – enquadrado pelo despacho conjunto 191/2005, é a resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas ou tecnicamente enquadradas, de pessoas idosas. Esta tem como objectivos:

Acolher pessoas idosas (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sociofamiliar ou em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; assim como evitar ou retardar o recurso à institucionalização.

As Colónias de Férias e o Turismo Sénior – são prestações sociais em equipamentos ou não, que comportam um conjunto de actividades que pretendem satisfazer as necessidades de lazer e quebrar a rotina, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social.

Termalismo – é uma medida que visa permitir aos idosos em férias tratamentos naturais, reduzindo assim o consumo de medicamentos. Proporciona também a deslocação temporária da sua residência habitual, permitindo deste modo o contacto com um meio social diferente, promovendo a troca de experiências, que quebram ou reduzem o frequente isolamento social. Não há dúvida que nos estudos das condições sociais das pessoas idosas, o espaço residencial se torna num objecto prioritário (Martins, 2006).

As relações entre os idosos residentes em lares e o pessoal tem grande impacto no bem-estar dos residentes, assim são de grande importância a manutenção do pessoal, evitando a mudança, que interrompe os laços criados (Paúl, 1997).

O acolhimento temporário visa oferecer um recurso residencial a pessoas e famílias que tem a seu cargo pessoas idosas. Tem por objectivo assegurar a continuidade desses mesmos cuidados permitindo momentos de descanso aos cuidadores informais (Mailloux-Poirier, 1995). O centro de acolhimento temporário de emergência para idosos é a resposta social desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma

estrutura já existente, que consiste no acolhimento temporário de idosos em situação de emergência social, perspectivando-se, mediante a especificidade de cada situação, o encaminhamento do idoso ou para a família ou para outra resposta social de carácter permanente (Jacob, 2002).

2.3.4. Perda da Independência e Solidão

Com o avançar da idade há quase sempre uma perda progressiva da independência, que é variável porém na sua intensidade. Ela pode resultar tanto de factores sociais como financeiros, por quanto o idoso não teve muitas vezes a possibilidade de assegurar um rendimento suficiente para esta fase da sua vida. Ao mesmo tempo, a velhice condiciona uma solidão considerável, que raramente é desejada e resulta do individuo passar a ver-se confinado a um mundo cada vez mais diminuto. Reduz-se o espaço em que ele se move, graças às dificuldades de locomoção, diminui a sua vida de relação, porque a percepção de tudo o que o rodeia vai sendo cada vez mais limitada devido às dificuldades visuais e auditivas e também porque os seus amigos e familiares vão falecendo. Torna-se muitas vezes incapaz de encontrar novos interesses e outras companhias, restringindo-se a um espaço físico, social e psicológico cada vez mais reduzido (Almeida, 2006).

Por outro lado, o cuidado às pessoas idosas com alguma incapacidade ou dependência, historicamente atribuído aos familiares descendentes e desenvolvido no espaço privado do domicílio, foi sendo transferido para a responsabilidade das instituições (Figueiredo, 2007 *cit in* Barros, 2011).

Esta problemática coloca questões específicas que influenciam, quer o bem-estar físico, quer o bem-estar psicológico, a nível das condições de vida dos idosos na actualidade. É consensual que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a capacidade de adaptação, o apoio familiar e, sobretudo, a qualidade da instituição são factores relevantes para que

os indivíduos idosos mantenham um determinado grau de autonomia e de independência, tendo em vista a aceitação progressiva da dependência que vai surgindo com o envelhecimento (Barros, 2011).

O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Sendo assim, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, ele tenda ao isolamento e ao isolar-se assumindo cada vez mais uma situação de dependência. Neste cenário, o que nos é permitido observar, é que tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós, nos últimos anos, como uma patologia. Este fenómeno encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre os mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros activos e membros inactivos. As alterações no quadro da política social, bem como o aumento da procura, repercutiram-se no alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos, na medida em que, paralelamente às mudanças políticas, ocorriam as mudanças no tecido e contexto social. Em consequência emerge uma acção social que, na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Neves, 1998 cit in Martins, 2006).

Assim, vários estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais factores apontados pelos idosos para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interacções que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente apontada como motivos para a institucionalização. As conclusões resultantes da análise de doze estudos

realizados nos Estados Unidos, por Kane, em 1997, (cit. por Born e Boechat, 2002) sobre os factores que pesaram na institucionalização, foram as seguintes: idade, diagnóstico, limitação nas AVD's, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza.

Constata-se que dispomos de uma grande variedade de agentes e de formas de apoio domiciliário; não obstante, em geral, tendem a conjugar-se, pelo menos, serviços, apoios e cuidados sociais de saúde e de intervenção nas condições de habitação. Contudo, é urgente e indispensável a coordenação de diversas entidades e dos vários técnicos e outros agentes formais e informais, intervenientes a nível local, incluindo as autarquias, cujo papel deverá ser melhor estudado e definido (PAII, 2006).

PARTE III- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDO

A procura incessante da compreensão para tudo o que nos rodeia tende a ser atenuada com o destapar de véus e o encontrar de soluções para as questões constituídas. Por isto, a procura do conhecimento aliado à investigação científica é um dos caminhos a percorrer de forma a atingir a meta obtendo, de certa forma, a clarificação de situações consideradas pertinentes e prementes ao desenvolvimento do indivíduo na sociedade. A investigação em gerontologia adquire um grau considerável de importância na medida em que permite abordar as diferentes perspectivas do processo de envelhecimento, gerando ideias possibilitadoras de originarem reflexão e mudança.

A definição do tipo de estudo é de extrema importância, pois, de acordo com Fortin (1999, pag. 40), o desenho de estudo “ (...) é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter as respostas às questões de investigação”.

De acordo com Pinto (1990, página 35), a metodologia refere-se à:

“(...) descrição e análise dos métodos científicos, às suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação. O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico.”

O que se pretendeu com este estudo foi uma análise quantitativa através de um estudo correlacional.

A abordagem quantitativa surge na investigação de modo a quantificar os dados obtidos através das questões objectivas existentes no questionário. Segundo Fortin (1999, pag.

221) “A regra de medida determina tanto, quantidades como graus, graduações ou ainda a extensão das observações”.

Segundo Christensen (2004), estudo correlacional consiste em medir e avaliar duas variáveis e após isto, determinar o grau de relação que existe entre ambas. Consequentemente o estudo correlacional pode ser incorporado em outros estudos quantitativos. O mesmo autor defende que estudo não experimental quantitativo tem como principal característica ser um estudo descritivo e que tem como finalidade tentar dar uma descrição ou ideia de uma situação ou fenómeno.

A metodologia quantitativa foi obtida através de itens de resposta fechada, permitindo conclusões precisas, concisas, objectivas e de cariz numérico e ou percentual que, trouxeram contributo e possibilidade de apresentar conclusões estatisticamente analisadas.

3.2. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As hipóteses de uma investigação diferenciam-se da questão de investigação, uma vez que predizem os resultados do estudo, ou seja, indicam se a hipótese é confirmada ou não (Fortin, 1999).

A hipótese elaborada para esta investigação designa-se por hipótese 1 denotada como H1 prediz que a variável independente tem um efeito sobre a variável dependente, isto é, indica os resultados esperados. Assim obtemos a seguinte hipótese:

H1: A satisfação com o suporte social influencia o desempenho cognitivo dos utentes da USF AmareSaúde.

Variável é definida como uma qualidade, propriedade ou característica de um objecto, de uma pessoa ou de uma situação estudada numa determina investigação (Fortin, 1999). Assim é possível identificar-se a variável independente e dependente.

A variável independente é a variável que é possível a manipulação num estudo por parte do investigador (Fortin, 1999). A variável independente do estudo é a seguinte: desempenho cognitivo.

A variável dependente é a variável que sofre o efeito desejado por parte do investigador (Fortin, 1999). No presente estudo a variável dependente é definida pela satisfação com o suporte social

3.3. UNIVERSO DE INVESTIGAÇÃO E POPULAÇÃO – ALVO

O concelho de Amares situa-se no Vale do Cávado, na periferia do distrito de Braga. Como concelho periférico da sede do distrito. O problema “migracional” diário dos seus habitantes é uma realidade, pois os utentes que vivem no concelho exercem a sua actividade laboral na capital do distrito.



Ilustração 2- Mapa geográfico de Amares

É um concelho rural, com pequenas indústrias e serviços predominantemente autárquicos ou delegações de serviços distritais. A localização do concelho de Amares expressa-se na ilustração 2.

Efectuando leitura da figura apresentada, apercebemo-nos de freguesias mais próximas da sede do concelho onde a USF AmareSaúde pretende localizar o seu espaço físico. Deste modo, e atendendo a que a Unidade se integrará num concelho com utentes que apresentam uma panóplia infindável de necessidades referentes à promoção da saúde e manutenção da qualidade de vida, não serão utilizados quaisquer esforços no sentido de limitar o atendimento a quem quer que seja que dele necessite.

Consideramos, assim, que qualquer utente se pode inscrever na USF AmareSaúde desde que exista possibilidade de aceitação de utentes. Não obstante a vontade de servir a todos de uma forma equitativa devemos estar conscientes da existência de freguesias

mais próximas da Unidade e de outras mais distantes. No entanto, salientamos mais uma vez que serão aceites utentes de qualquer das freguesias do Concelho.

Estão inscritos nesta unidade cerca de 8706 mil utentes, deste total 1348 são sujeitos com mais de 65 anos e deste grupo apenas 666 utentes fazem parte da população-alvo.

Tabela 2 - Distribuição dos utentes da USF AmareSaúde por faixa etária (dados obtidos através do programa administrativo SINUS).

Grupos Etários	Nº Utes (5 médicos)
0 - 6 Anos	503
7 - 64 Anos	6.855
65 - 75 Anos	666
> 75 Anos	682
TOTAL	8.706

Considerando, ainda, situações de utentes, inscritos na Unidade, e que não residem em nenhuma destas freguesias consideramos pertinente e viável a negociação de serviços com outras Unidades que actuem na área de residência de forma a ser possível dar resposta a necessidade de cuidados no domicílio. O mesmo será levado a cabo pela nossa equipa para utentes não inscritos na Unidade mas que residam na área de actuação da mesma.

Segundo Fortin (1999) população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

Assim, a população deste estudo, são todos os idosos inscritos na USF AmareSaúde, residentes no concelho de Amares, que se apresentem entre os 65 e os 75 anos de idade.

Para um controlo mais efectivo da população em estudo foram definidos critérios de exclusão, sendo estes:

- Pessoas com idade inferior a 65 anos e idade superior a 75 anos;
- Não residentes no concelho de Amares;
- Idosos que apresentem afasia de expressão e compreensão;
- Idoso que se recusem a participar no estudo.

3.4. CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

A amostragem constitui um procedimento determinante, sendo através desta que um grupo de pessoas, ou subconjunto da população, é escolhido, de forma a obter informações relacionadas com o fenómeno, e de modo a que a população inteira que interessa ao estudo esteja representada.

Assim, a amostra deste estudo é constituída por cem idosos de ambos os sexos que se encontrem na faixa etária entre os 65 e 75; que se apresentem no seu meio natural, fora de instituições; residentes no Concelho de Amares, que se encontrem disponíveis para avaliação da ausência/presença de alterações cognitivas e para determinarmos a satisfação com suporte social recebido por estes.

Definiu-se como método de amostragem, o não probabilístico, acidental. Segundo Fortin (1999) a amostra por conveniência ou acidental é composta por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local e momento da colheita de dados. Os sujeitos que integraram o presente estudo foram incluídos até à saturação de dados, isto é, até não surgirem novos dados

A saturação é o fenómeno pelo qual passa um certo número de questionários, o pesquisador ou a equipe têm a impressão de nada mais aprender de novo no que se

refere ao objecto. O pesquisador só pode estar certo que atingiu o ponto de saturação quando ele conscientemente buscou diversificar ao máximo os seus informantes (Bertaux, 1980).

3.5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra de participantes deste estudo é composta por 100 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos, residentes no concelho de Amares, inscritos na USF AmareSaúde.

Dos sujeitos inquiridos, 44 são do género masculino (44%) e 56 do género feminino (56%), existindo uma predominância do género feminino, nesta amostra, como podemos comprovar através da visualização do Gráfico 1. A média de idades dos inquiridos é de 68,55 anos. Sendo o mínimo de 65 anos e o máximo de 75 anos.

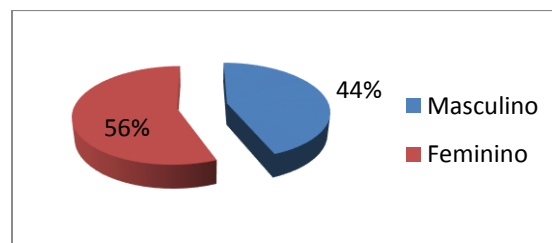


Gráfico 1- Distribuição da amostra por género

Quanto ao estado civil, maioritariamente, os inquiridos são casados (80%), 5 dos inquiridos são solteiros (5%), 12 viúvos (12%), 2 divorciados (2%) e apenas 1 inquirido vive em união de facto (1%), como pode ser observado no quadro em baixo descrito.

Tabela 3- Distribuição da amostra por estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem (%)
Solteiro	5	5%
Casado	80	80%
Viúvo (a)	12	12%
Divorciado	2	2%
União de Facto	1	1%
Total	100	100%

Foi realizada uma análise de dados sociodemográficos que revelou que 60% dos sujeitos vivem com o cônjuge, 23% vivem com familiares, 11% vivem sozinhos e apenas 6% vivem em família de acolhimento, ver a Tabela em baixo mencionada.

Tabela 4 - Distribuição da amostra por com quem é que os idosos habitam

Com quem os idosos habitam	Percentagem	n
Cônjuge	60	60
Familiares	23	23
Sozinhos	11	11
Família de Acolhimento	6	6

Ainda na caracterização da amostra foi avaliado o nível de dependência, através da Escala de Barthel, foram obtidos os seguintes resultados: 85% dos inquiridos são independente para as AVD's (Actividades de Vida Diária), 10% dos inquiridos têm uma dependência ligeira, 2% uma dependência moderada e apenas 3% apresenta uma

dependência grave; sendo que nenhum inquirido apresenta dependência muito grave (ver Gráfico 2).

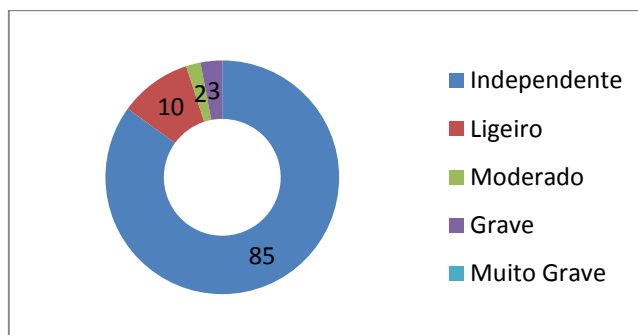


Gráfico 2 - Distribuição gráfica da amostra por nível de dependência

3.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A escolha dos instrumentos/ métodos de colheita de dados influencia os resultados do trabalho, assim, os métodos de recolha e os métodos de análise dos dados devem estar em concordância (Quivy, 2003).

Antes de escolher o método de colheita de dados, devemos ter presentes os objectivos do estudo, a informação que se pretende e conhecer os diversos métodos, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um (Fortin, 1999).

Os instrumentos de colheita de dados que foram utilizados neste estudo serão um conjunto de escalas previamente já existentes e de fácil compreensão.

Para avaliação do funcionamento cognitivo global foi utilizado o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA – Anexo I), este foi concebido como um instrumento breve de avaliação do Défice Cognitivo Ligeiro (DCL). Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstracção, cálculo e orientação. Exige que o sujeito realize um conjunto de tarefas. Poderá se visualizar as instruções deste teste em pormenor no Anexo I e ainda o consentimento para a sua utilização por parte dos autores originais no mesmo Anexo.

Para avaliar o nível de funcionalidade, utilizou-se a Escala de Barthel (Anexo II) Através desta escala pode-se avaliar a capacidade para execução das actividades de Vida Diária.

Para avaliar a satisfação com o suporte social recebido recorreu-se à Escala de Satisfação com o Suporte Social (Anexo III) de autoria de José Luís Ribeiro, esta é constituída por 15 frases que são apresentadas para auto-preenchimento, como um

conjunto de afirmações. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte», e «discordo totalmente». Foi enviado um pedido de autorização ao autor para a implementação (Anexo III), a qual foi obtida (Anexo III).

Serão consideradas as exigências éticas inerentes ao tipo de estudo tanto ao nível da recolha, do tratamento e da apresentação dos dados. Os idosos serão tratados com o respeito que lhes é devido, será apresentado o consentimento informado por escrito (ver Anexo IV).

Recorreu-se ainda, ao inquérito-questionário, para caracterizar os idosos em estudo (ver anexo IV).

No que diz respeito ao pré-teste, Lakatos e Marconi (1995, página 130) salientam que “ (...) o pré-teste permite também a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados, podendo, inclusive, alterar hipóteses, modificar variáveis e a relação entre elas. Dessa forma, haverá maior segurança e precisão para a execução da pesquisa”.

O pré-teste foi aplicado ao equivalente a 10% da amostra, sem que fizessem parte da presente amostra, ou seja, a 10 indivíduos, com intuito de avaliar se é necessário proceder a alguma alteração para uma melhor compreensão dos indivíduos.

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo, no qual são definidas e detalhadas minuciosamente as actividades a serem executadas durante um período estimado (Anexo VI).

3.7. MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

Para Fortin tratamento de dados é (1999, página 301) “*qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatística descritiva que permitem descrever as características da amostra no qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida da variável*”.

O modelo de análise é o prolongamento natural da problemática. Assim, o estudo quantitativo importa referir que se utilizou a análise estatística descritiva e coorelacional, sendo os dados colhidos, tratados e codificados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Windows e posteriormente formatados através do Programa Microsoft Excel 2010.

3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida das pessoas e em que estes se inspiram para guiar a sua acção. Serão assim, consideradas as exigências éticas inerentes ao tipo de estudo, garantindo sempre o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo e ainda ao direito baseado no princípio do benefício, ou seja, o direito a um tratamento justo e equitativo. Foi preenchido o consentimento informado para o utente dar o seu parecer em relação a participação no estudo (Anexo IV), como também foi concedido a aplicação na instituição do estudo (Anexo V).

PARTE IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para análise dos dados de identificação dos inquiridos, a disponibilidade e a satisfação em relação ao suporte social, foram utilizadas medidas de tendência central (frequência simples, frequência relativa, média, e medidas de dispersão (desvio-padrão e amplitude). Realizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a aderência dos dados à distribuição normal. Após verificação da não normalidade da distribuição da amostra foram utilizados testes não paramétricos para a coorelação dos dados.

- Teste de aderência à normalidade

✓ Teste de Shapiro-Wilk

É um teste de ajustamento à distribuição normal que tem apresentado boas propriedades de poder. Baseia-se nos valores amostrais ordenados elevados ao quadrado e tem sido o teste de normalidade mais utilizado por mostrar-se mais poderoso que outros testes de normalidade (Callegari, 2003).

✓ Testes não paramétricos

Procedimentos estatísticos que não dependem das hipóteses restritivas dos testes paramétricos, especificamente, não presumem que os dados sejam provenientes de uma distribuição normal (Field, 2009). A seguir será descrito o teste não paramétricos utilizado neste estudo:

✓ Teste de Mann Whitney

Este teste é utilizado para variáveis numéricas que não apresentam uma distribuição normal ou não há homogeneidade das variâncias (Medronho, 2009). Sendo que todos os dados não seguem uma distribuição normal, para realizar a comparação entre os grupos de estudo e o grupo controle em cada variável, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

Para a análise de dados foi utilizado o programa SPSS versão 20.0 e ainda para formatar o programa Microsoft Office - Excel. Os dados são apresentados sob a forma de gráficos e quadros e sua respectiva descrição.

Este capítulo está dividido em quatro subcapítulos. O primeiro diz respeito à descrição da apresentação da recolha de dados, o segundo intitulado “desempenho cognitivo dos idosos”, que retrata os resultados obtidos através do MoCA. O terceiro capítulo baptizado de “ percepção da satisfação com o suporte social”, onde é descrito os resultados obtidos através da escala de satisfação com o suporte social de José Ribeiro. Por último, é apresentado a correlação das variáveis em estudo.

Na segunda parte do questionário, pretende-se identificar a presenças de alterações cognitivas através do teste *MoCA* (*Montreal Cognitive Assessment*), versão traduzida para português de Portugal por Mário Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar e Mónica Martins em 2007.

A terceira parte que é constituída pela Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de José Ribeiro, onde se pretende verificar o tipo de suporte social a que os indivíduos inquiridos têm acesso, assim como a satisfação que estes têm com o mesmo. A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida e validada por Ribeiro (1999) consiste numa escala de auto-preenchimento, composta por 15 frases que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a

frase se aplica ou não à sua situação individual), apresentada numa escala de tipo *Likert* com 5 posições de resposta, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A ESSS permite extrair quatro dimensões ou factores: Satisfação com amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Actividades sociais (AS). A escala permite ainda a obtenção de um score global (ESSS), correspondendo as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social. Esta escala já tinha sido utilizada com outras populações doentes evidenciando propriedades métricas idênticas às da escala original (Pais-Ribeiro e Guterres, 2001).

4.1. DESEMPENHO COGNITIVO DOS IDOSOS

Nos dados obtidos através do teste MoCA, são possíveis de identificar alterações cognitivas. Este teste está dividido em 7 domínios, e em cada um é possível obter uma identificação de alteração cognitiva.

4.1.2. Identificação de alterações cognitivas

Na presente amostra, os resultados para o teste *Montreal Cognitive Assessment*, versão portuguesa, indicam que 64% da amostra, ou seja, 64 dos inquiridos apresentam alterações cognitivas e 36%, ou seja, 36 inquiridos não apresentam alterações cognitivas (Quadro 4).

Tabela 5 - Distribuição da amostra por ausência/presença de alterações cognitivas

	n	Porcentagem (%)
Apresenta alteração cognitiva	64	64%
Não apresenta alteração cognitiva	36	36%
Total	100	100%

O resultado médio dos inquiridos foi de 22,33, ou seja, significativamente inferior ao ponto de corte de 26, com um intervalo de confiança de 95%, sendo o *score* mínimo de 8 e o máximo de 30. No artigo realizado por Chang *et al* (2012) a média de pontos dados pelo MoCA em indivíduos sem demência é de 25,7 pontos, para indivíduos com demência subtil a média é de 17,3 pontos, para indivíduos com demência ligeira a média é de 9,1 pontos e para indivíduos com demência moderada a média é de 3,8 pontos.

No estudo efectuado por Apostolo *et al* (2011), o qual estuda a população idosa e o efeito da estimulação cognitiva nestes. Inicialmente os resultados obtidos através da aplicação do teste MoCA foram em média de 19,43 pontos, inferior à amostra do nosso estudo, no entanto os idosos após estimulação cognitiva conseguiram elevar a média de pontuação para os 23,71 pontos, o que ultrapassa os valores obtidos pela nossa amostra. Ainda os mesmos autores dizem que 71,43% da sua amostra apresentavam compromisso cognitivo, o que vai de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo,

apesar dos resultados obtidos aqui serem inferiores pois, apenas 64% da amostra apresentava alteração cognitiva.

Para Teixeira *et al* (2012), ao avaliar o estado cognitivo da pessoa idosa, através do teste MoCA, pôde verificar que a média dos resultados era de 23,1 pontos antes da prática de exercício físico, após a prática de exercício físico estes provaram que a amostra aumentava a pontuação média para 25,1 pontos.

Para Silva (2011), no seu estudo sobre a relação entre a co morbilidade e o DCL em pacientes idosos, descreve que a pontuação média do teste MoCA na sua amostra é de 18,43 pontos, o que é bastante inferior à pontuação obtida no nosso estudo.

No estudo de Cecato (2010), no qual se pretendia avaliar o comportamento verbal em doentes com Alzheimer, testou um grupo sem Alzheimer e outro com Alzheimer, para o grupo sem Alzheimer a média de pontuação era de 27,9 pontos, muito acima do resultado obtido no presente estudo, obviamente que o grupo que apresentava Alzheimer a pontuação média era de 19,9 pontos.

No estudo de adaptação do teste MoCA para português de Portugal Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana (2010), os resultados obtidos no grupo controlo (M=22,46 pontos) foram bastante semelhantes à pontuação média obtida no presente estudo (M=22,33 pontos). Estes autores também aplicaram o teste a utentes com demência, mas aí a pontuação foi bastante inferior, como esperado.

4.1.2. Função cognitiva por domínio: Visuoespacial executiva, atenção, nomeação, linguagem, abstracção, evocação e orientação.

Na descrição detalhada da escala, esta está dividida em 7 domínios (ver Tabela 5). O primeiro diz respeito à alternância conceptual e à capacidade visuo-construtiva, aqui os

sujeitos em estudo apresentaram em 67 dos casos alterações cognitivas. No artigo realizado por Chang *et al* (2012) a média de pontos para a capacidade visuo – construtiva é de 4,1 pontos em 5 pontos de total para esta categoria. Na nossa amostra a pontuação média é de 3,44 pontos, inferior ao estudo de Chang *et al* (2012). A maior parte dos indivíduos referiram muitas dificuldades em fazer o que lhes era pedido neste domínio. No estudo de Silva (2011), a pontuação média para este domínio foi muito inferior à obtida em relação aos estudos anteriores (M=2,62 pontos).

Para o segundo domínio nomeação, 53 dos indivíduos não conseguiram identificar os animais apresentados, neste domínio muitos dos sujeitos desconheciam os nomes dos animais devido a estes não pertencerem ao seu quotidiano. A média de pontos neste domínio é de 2,42 pontos, que comparativamente ao estudo de Chang *et al* (2012) é ligeiramente inferior na amostra sem demência (M=2,7 pontos). Ainda neste domínio, no estudo descrito por Silva (2011), a média da pontuação apresenta-se dentro daquela que foi obtido no nosso estudo (M=2,43 pontos).

No terceiro domínio: Atenção, os sujeitos que apresentavam alteração cognitiva eram 53, enquanto os que não apresentavam eram 47. No artigo realizado por Chang *et al* (2012) a média de pontos para o domínio atenção é de 5,5 pontos, num total de 6. A média de pontos para a nossa amostra em estudo é de 4,45 pontos, mais uma vez, inferior. Comparativamente aos resultados obtidos por Silva (2011), a média de pontuação neste estudo é de 3,57 pontos, o qual se encontra bastante inferior aos resultados obtidos nos estudos anteriores apresentados.

Para o quarto domínio, linguagem, metade da amostra apresenta alteração cognitiva, a outra metade não. No domínio linguagem, Chang *et al* (2012) demonstra que a média de pontos para a amostra sem demência é de 2,2 inferior ao nosso estudo em que a média é de 2,25 pontos. Neste item o presente estudo teve melhores resultados comparativamente ao de Chang *et al* (2012). No estudo de Silva (2011) obtiveram-se

uma média de pontuação de 1,71 pontos para este item, o que vai de encontro ao que se passou em outros itens, ou seja, inferiores aos resultados obtidos por outros estudos.

O quinto domínio, abstracção, 30 dos inquiridos apresentam alterações cognitivas, em contrapartida 70 sujeitos não apresentam alterações. No artigo realizado por Chang *et al* (2012) a média de pontos para este domínio é de 1,3 pontos, que comparativamente ao nosso estudo é inferior, pois a média é de 1,63 pontos. No quinto domínio, Silva (2011) demonstra que os resultados obtidos no seu estudo mantem-se inferiores aos obtidos noutros estudos (M=0,67 pontos).

No sexto domínio, evocação, onde se testa a memória do sujeito é evidente que a maior parte da amostra apresenta alterações cognitivas (85%) e apenas 15% não apresenta alterações. A média de pontos para a presente amostra é de 2,48 pontos, fazendo com que os resultados obtidos por Chang *et al* (2012) sejam superiores (M=3,2 pontos). Silva (2011), neste sexto domínio mantem padrão de pontuação inferior aos outros estudos apresentados (M=1 ponto).

Por último, o sétimo domínio orientação, os indivíduos na sua maioria acertaram em 85%, e apenas 15% errou nas questões. Na presente amostra a média de pontos é de 5,66, relativamente semelhante ao resultado obtido para os indivíduos sem demência no estudo de Chang *et al* (2012), onde a média é de 5,8 pontos, num total de 6 pontos. No último item, Silva (2011) apresenta valores semelhantes aos anteriores (M=5,48 pontos).

Tabela 6 - Distribuição da amostra por alteração/normalidade da função cognitiva por domínio.

Função	Alteração cognitiva	Função Cognitiva Normal	n	Média da pontuação
Visuo-espacial executiva	67	33	100	3,44
Atenção	53	47	100	4,45
Nomeação	34	66	100	2,42
Linguagem	50	50	100	2,25
Abstracção	30	70	100	1,63
Evocação	85	15	100	2,48
Orientação	15	85	100	5,66

4.2. PERCEPÇÃO DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

Os dados obtidos através da ESSS, dão-nos não só a percepção que o idoso tem em relação à satisfação que tem com o suporte social, como especificamente conseguimos determinar a satisfação que este tem com a família, amigos, actividades sociais e com a sua própria intimidade.

4.2.1. Resultados da ESSS

Os resultados da Escala de Satisfação com o Suporte Social, de José Ribeiro, demonstram que a amostra apresenta uma média de 51,99 de *score*. A escala apresenta um intervalo de valores entre 15 e os 75 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior é a percepção de suporte social. Os resultados apresentam um intervalo de confiança de 95%, tendo obtido um máximo de 75 e um mínimo de 33.

De acordo com Baptista, *et al.* (2006), a pontuação da escala foi dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar alto, médio e baixo suporte social, ou seja alto suporte social (de 51 a 75 pontos), médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e, baixo suporte social (até 25 pontos). Posto isto, podemos concluir que a amostra em estudo apresenta médio a alto suporte social (M=51,99 pontos).

Tabela 7 - Distribuição da amostra por resultados da ESSS.

	Mínimo	Máximo	Média da amostra
ESSS	33	75	51,99

A Escala de Satisfação com o Suporte Social é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões ou factores. As escalas geradas empiricamente estão de acordo com os constructos para que os itens foram gerados e parecem medir os seguintes aspectos do suporte social.

Para chegar a estes valores, procedeu-se ao cálculo através do SPSS da soma de todos os itens respondidos por cada um dos participantes e posteriormente, ao cálculo da soma dos itens que correspondem a cada um dos factores, considerando-se os itens invertidos.

A análise dos resultados permite-nos interferir que os elementos da amostra se encontram, na generalidade, satisfeitos com o suporte social que estão a usufruir, sendo o suporte com a família o que lhes dá mais satisfação. Sentem-se razoavelmente satisfeitos com o apoio recebido pelos amigos e com a intimidade, e pelo contrário pouco satisfeitos com as actividades sociais.

Comparativamente ao estudo efectuado em utentes oncológicos por Lopes, Ribeiro e Santos (2003), os resultados deste estudo estão de acordo com os resultados obtidos por este, no entanto é de salientar que este mesmo estudo não apresenta a mesma faixa etária que o presente trabalho apresenta.

No estudo realizado por Rodrigues (2008) obtiveram-se resultados relativamente semelhantes aos da amostra, aqui em estudo. No entanto os resultados obtidos por Rodrigues (2008) demonstraram que os inquiridos do seu estudo demonstravam em geral uma satisfação inferior ($M=47,60$) aos inquiridos neste estudo presente ($M=51,99$).

4.2.2. Satisfação com o Suporte Social por factores: SA, SF, IN e AS

O primeiro factor, “satisfação com os amigos” (SA) mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15), que tem uma amplitude de 5-25 pontos.

	N	Amplitude	M	DP
ESSS_TOTAL	100	15-75	51,99	9,395
SA	100	5-25	17,2500	4,45488
IN	100	4-20	14,0300	3,18283
SF	100	3-15	12,1300	3,04065
AS	100	3-15	8,5800	3,20410
N	100			

Tabela 8 - Distribuição da amostra através da média de pontuação das subescalas e da escala total (ESSS).

Para a amostra em estudo obteve-se os seguintes resultados, no que diz respeito ao item 3 no qual se inquiri os sujeitos: “Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria”, os sujeitos responderam na sua maioria (48) que estão totalmente de acordo, 32 assinalaram que discordavam na maior parte, 9 indivíduos assinalaram que não concordavam nem discordavam, 9 concordam na maior parte e apenas 2 sujeitos indicam que concordam totalmente com a afirmação. No item 12 “Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho” a amostra respondeu que discordava totalmente em 30% dos casos, 33% respondeu que discordava na maior parte, 22% não concorda nem discorda, 13% concorda na maior parte e apenas 2% concorda totalmente. Quanto ao item 13 “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos”, 24 dos inquiridos responderam que discordam totalmente, 30 afirmam discordar na maior parte, 22 não concordam nem discordam, 18 concordam na maior parte e apenas 6 indivíduos responderam que concordam totalmente. O item 14 “Estou satisfeito com o

tipo de amigos que tenho”, 37% da amostra em estudo afirma que discorda totalmente, 35% responde que discorda na maior parte, 16% não concordam nem discordam, 6% concordam na maior parte e apenas 6% concordam totalmente. Por último o item 15 “Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos”, 28 dos inquiridos indicam que discordam totalmente, 21 dos sujeitos discorda na maior parte, 23 não concorda nem discorda, 12 concorda na maior parte e 16 afirma concordar totalmente. Posto isto, pode-se concluir que nesta categoria “Satisfação com Amigos”, a amostra demonstra insatisfação com as amizades/amigos que têm, como se pode ver no gráfico abaixo demonstrado.

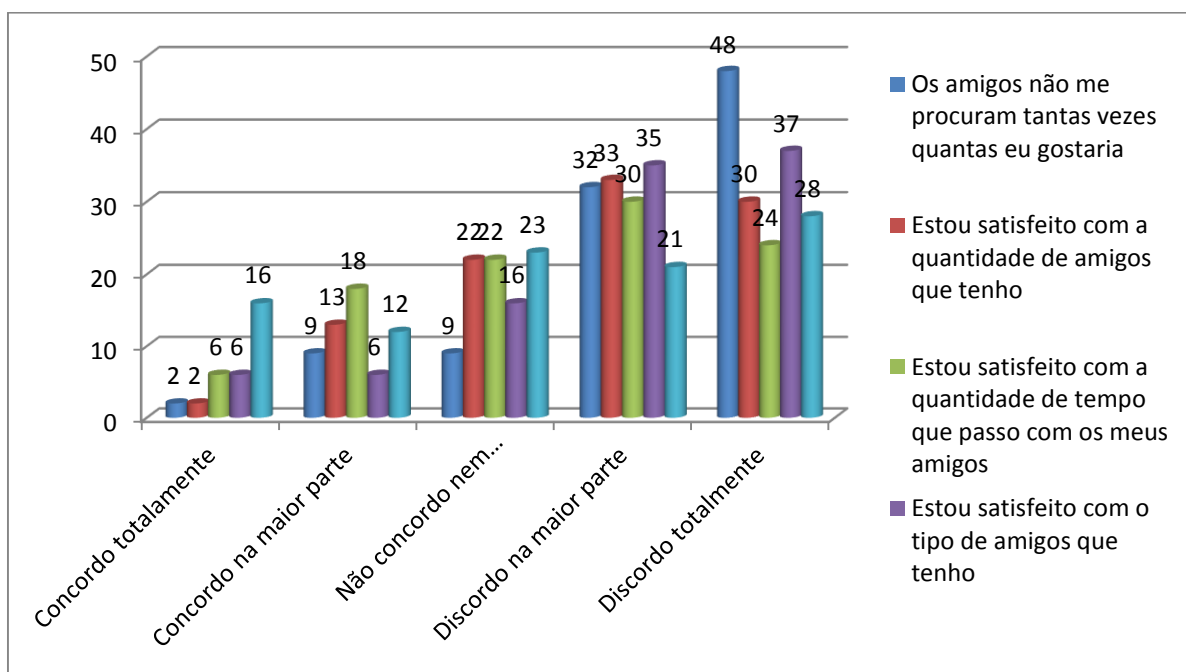


Gráfico 3 - Distribuição da amostra pela satisfação com as amizades/amigos que tem.

A média de pontos para este primeiro factor é de 17,25 pontos, num total de 25 pontos. No estudo de Campôa (2009), que aplicou a mesma escala (ESSS) de José Ribeiro, na categoria Satisfação com os Amizades a média de pontuação é de 16,69 pontos, inferior à pontuação obtida no nosso estudo. Comparando os dois estudos é possível dizer que os indivíduos inquiridos por Campôa são mais insatisfeitos com as amizades do que os inquiridos no nosso estudo.

O segundo factor, chamado «intimidade» (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6).

Procedendo-se à análise de dados da amostra quanto às suas respostas neste sector, obteve-se os seguintes resultados: No que respeita ao item 1 “Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio” os indivíduos em 38% dos casos que discordam totalmente da afirmação, 24% afirma que discorda na maior parte, 12% não concorda nem discorda, 11% concorda na maior parte e 15% concorda totalmente. Quanto ao item 4 “Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer”, 29 responde que discorda totalmente, 26 discorda na maior parte, 18 não concorda nem discorda, 18 concorda na maior parte e apenas 9 indivíduos afirma concordar totalmente.

A média de pontuação para este sector é de 14,03 pontos, numa amplitude de 4-20 pontos. Em suma, o sector “Intimidade” descrito por esta amostra demonstra que a percepção de suporte social íntimo é moderada.

Segundo Campôa (2009), o segundo factor: Intimidade apresenta uma média de 13,23 pontos, mais uma vez, um resultado inferior ao obtido no presente estudo.

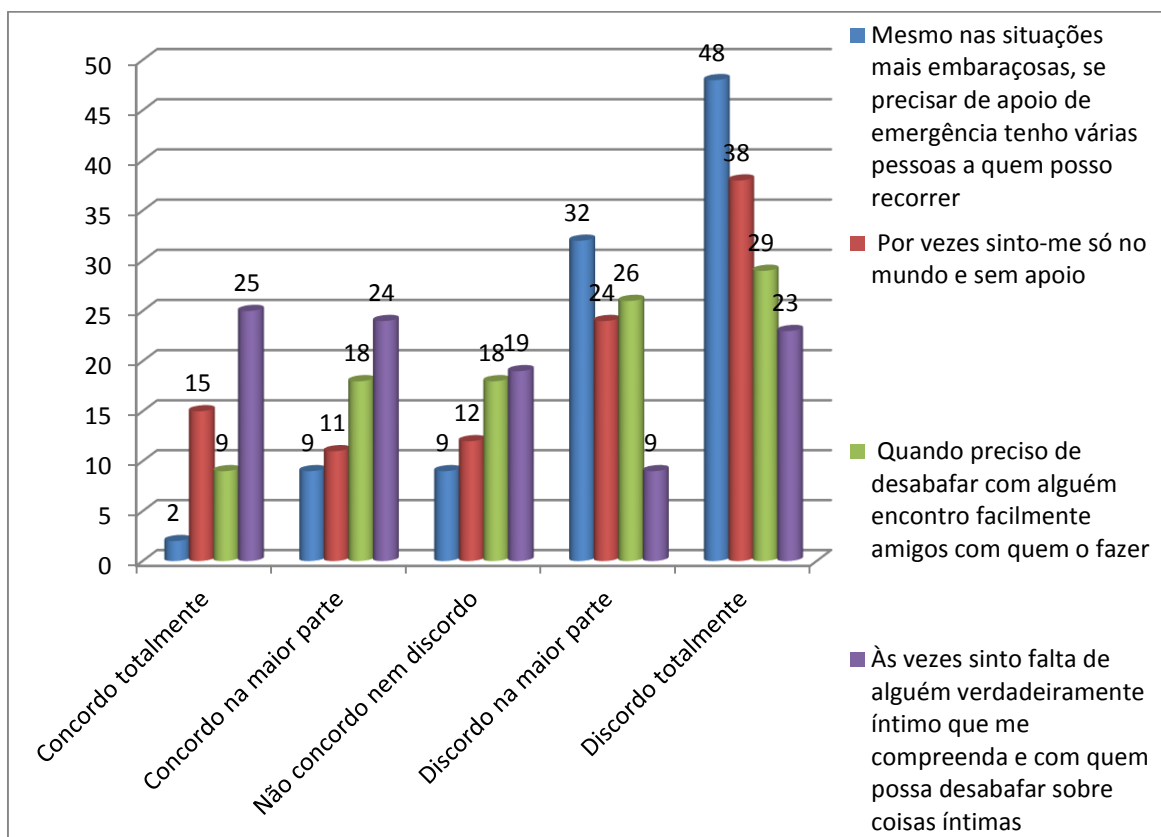


Gráfico 4 - Distribuição da amostra pela percepção da existência de suporte social íntimo.

O terceiro factor, baptizado «satisfação com a família» (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9, 10, 11).

Posto isto, para o item 9 “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família” 56% discorda totalmente, 23% discorda na maior parte, 4% não concorda nem discorda, 15% concorda na maior parte e apenas 2 % concorda na totalidade. Para o item 10 “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família”, 42% dos inquiridos discorda totalmente, 28% discorda na maior parte, 11% não concorda nem discorda, 11% concorda na maior parte e apenas 8% concorda totalmente. Para o item 11 “Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família”, 52

dos sujeitos afirma discordar totalmente, 23% discorda na maior parte, 14% não concorda nem discorda, 7% concorda na maior parte e 4% concorda totalmente. Após uma análise atenta do gráfico abaixo presente, pode-se verificar que a amostra demonstra insatisfação com o suporte familiar existente.

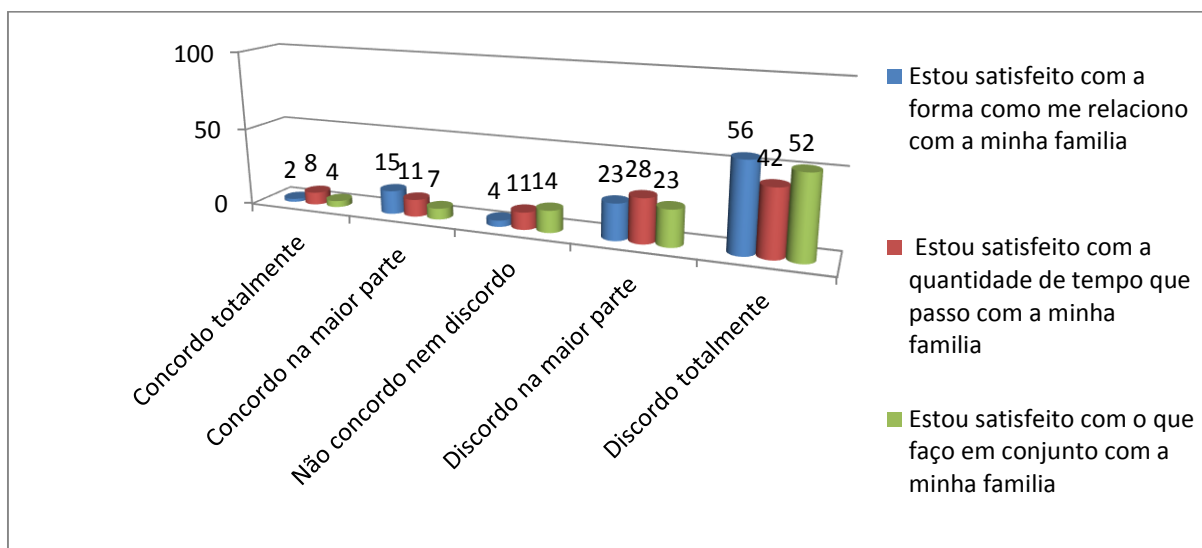


Gráfico 5 - Distribuição da amostra por satisfação com o suporte social familiar existente.

No estudo de Campôa (2009), no sector Satisfação com a Família a média da pontuação é de 9,79 pontos, que comparativamente aos valores obtidos pelo nosso estudo é inferior (M= 12,13 pontos).

O quarto e último factor gerado, foi chamado «actividades sociais», este mede a satisfação com as actividades sociais que realiza. Inclui três itens (itens 2, 7, 8). Para o último factor “Actividades sociais”, os indivíduos ao item 2 “ Não saio com os meus amigos tantas vezes quantas eu gostaria” 28 dos sujeitos referem concordarem totalmente, 26 concordam na maior parte, 14 não concordam nem discordam, 15 discordam na maior parte e 17 discordam totalmente. No item 7 “Sinto falta de

actividades que me satisfaçam”, 24 dos sujeitos responderam que concordavam na totalidade, 17 concordam na maior parte, 28 não concordam nem discordam, 13 discordam na maior parte e 18 discordam totalmente. Por fim, para o item 8 “Gostaria de participar mais em actividades de organizações”, 18 dos inquiridos respondeu concordar totalmente, 19 concordam na maior parte, 24 não concordam nem discordam, 16 discordam na maior parte e 23 discordam totalmente. Resumindo, os sujeitos neste sector têm a sua opinião bastante dividida, não existe uma predominância na sua resposta, como pode ser visualizado no Gráfico 6.

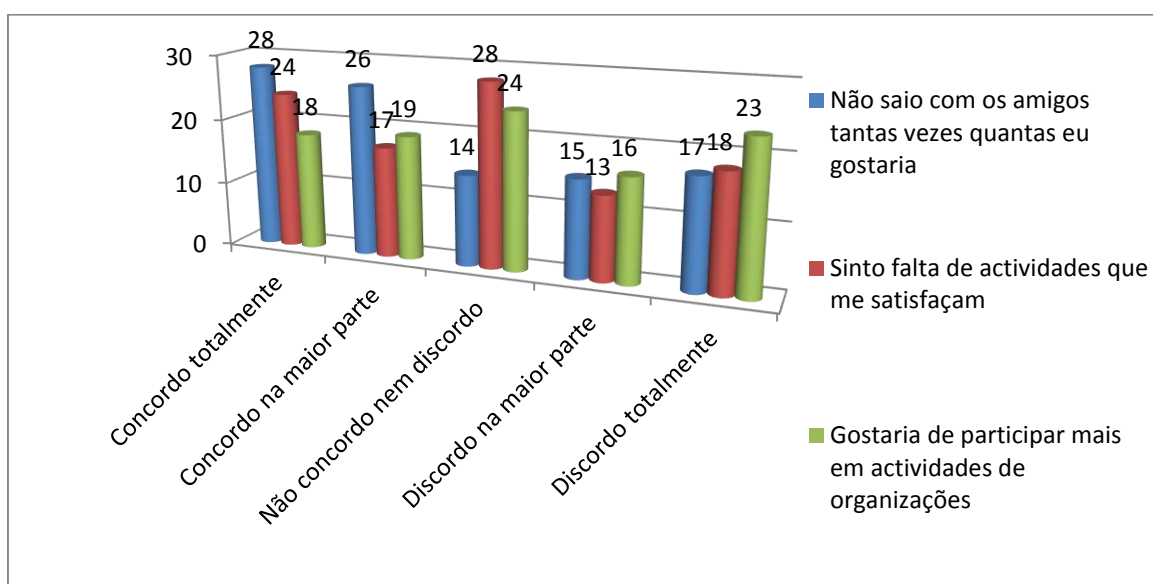


Gráfico 6 - Distribuição da amostra por satisfação com as actividades sociais que realiza.

Apenas no sector actividades sociais, Campôa (2009) consegue obter uma pontuação média superior (M=9,66 pontos), comparativamente ao estudo presente onde se obteve M=8,58 pontos, sendo considerado um nível de satisfação moderada.

4.3. CORRELAÇÃO DOS DADOS ENTRE AS VARIÁVEIS PRESENTES NO ESTUDO

A correlação é interpretada como a relação existente entre duas variáveis, e tem como objectivo encontrar o grau de relação entre elas, ou seja, um coeficiente de correlação (r), que está compreendido entre $-1 < r < 1$. Quando r apresenta valores positivos, as variáveis estão positivamente relacionadas; quando r apresenta valores negativos, as variáveis estão inversamente relacionadas (Bisquerra, Sarriela, Martinez, 2004). A Tabela 8 apresenta valores do coeficiente e sua interpretação.

Tabela 9 - Valores para a interpretação do coeficiente de correlação

Coefficiente	Interpretação
$r = 1$	Correlação perfeita
$0,80 < r < 1$	Muito alta
$0,60 < r < 0,80$	Alta
$0,40 < r < 0,60$	Moderada
$0,20 < r < 0,40$	Baixa
$0 < r < 0,20$	Muito baixa
$r = 0$	Nula

Fonte: Bisquerra, Sarriela, Martinez (2004)

Para avaliar a correlação entre as variáveis foi calculado o coeficiente de Spearman, este é utilizado para a correlação entre a disponibilidade e a satisfação nas duas dimensões em estudo.

A análise exploratória de dados (usando o teste Shapiro-Wilk – ver Tabela 9) mostrou que a amostra tem uma distribuição não paramétrica, sendo as diferenças entre os indivíduos estatisticamente significativas nas duas variáveis em estudo.

Tabela 10 – Resultados da análise exploratória de dados

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Significância
MoCA	0,937	100	0
ESSS	0,977	100	0,076

Assim, optou-se pela utilização do teste de correlação de Spearman, adequado a este tipo de dados. Fez-se uma correlação de dados não-paramétrica, posto isto, os dados que se obtiveram correlacionando os dados obtidos na Escala de Satisfação com o Suporte Social e no teste *Montreal Cognitive Assessment* deram um coeficiente de Correlação de 25%, tendo alguma significância. As variáveis em estudo - suporte social e função cognitiva - apresentam uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa ($r=0,251$; $sig=0,012$). Ou seja, com um nível de significância de 0,012, não se pode assumir que as variáveis sejam independentes. O aumento do suporte social está correlacionado com o aumento da função cognitiva.

Tabela 11 - Correlação de Spearman entre os resultados do teste MoCA e a escala ESSS

Correlação de Spearman			
		MOCA	ESSS
MoCA	Coeficiente de Correlação	1	0,251*
	Sig. (2-tailed)	0.	0,012
	n	100	100
ESSS	Coeficiente de Correlação	0,251*	1
	Sig. (2-tailed)	0,012	0.
	n	100	100

Comparando os resultados obtidos neste estudo com outros estudos já existentes obtemos os seguintes resultados: No estudo efectuado por Yeh e Liu (2003) onde estudam a influência do suporte social na função cognitiva em idosos, os resultados que estes investigadores obtiveram vão de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, um alto score no MoCA significa uma função cognitiva melhor e esta está associada a um suporte social forte.

O suporte social tem vindo a ser demonstrado como um importante factor protector para manter a função cognitiva. Vários estudos demonstram que a satisfação com o suporte social está associada a um baixo risco de declínio cognitivo (Kawachi e Berkman 2001, Seeman et al. 2001, Ficker et al. 2002, Zunzunegui et al. 2003, Green et al. 2008). Os efeitos da satisfação com o suporte social na função cognitiva nos idosos não têm sido consistentes na literatura existente. Por exemplo, numa investigação anterior reportou que idosos em bom estado de saúde e que receberam um maior suporte instrumental estão negativamente associados com a função cognitiva (Seeman *et al.* 1996).

Normalmente suporte social refere-se à provisão de apoio psicológico e recursos materiais para o indivíduo por pessoas com significado para este, como a família ou os amigos (Barrera 1986). Idosos com redes sociais estáveis podem ter uma melhor hipótese de receber ajuda e tendem a viver mais tempo (Avlund *et al.* 2004). Idosos reportam grandes laços sociais com outros e mais suporte social, também mostrou melhor saúde mental e saúde física (He, 2002). Um estudo longitudinal mostrou que os casais casados tem um menor risco de declínio cognitivo, do que aqueles que são viúvos, divorciados ou separados (Fratiglioni *et al.* 2000). Indivíduos que vivem sozinhos têm um maior risco de demência do que aqueles que vivem com outros (ex. cuidador, crianças, cônjuge) (Sibley *et al.* 2002). Nos países ocidentais, muitos estudos sugerem que o suporte social representa um importante papel em manter os idosos cognitivamente funcionais (Kawachi e Berkman 2001, Seeman *et al.* 2001, Ficker *et al.* 2002, Zunzunegui *et al.* 2003, Green *et al.* 2008). Por exemplo, um nível baixo de

percepção de suporte social tem sido encontrado associado com comprometimento cognitivo nos idosos na comunidade (Ficker *et al.* 2002). Idosos insatisfeitos com o suporte social também têm uma habilidade cognitiva baixa e 60% de risco de adquirir no futuro demência (Zunzunegui *et al.* 2003).

As características demográficas e de apoio social, juntos, explicam 45% da variância na função cognitiva. O F-teste para o modelo global foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Entre as características demográficas, idade e escolaridade foram preditores significativos de função cognitiva. O apoio da família também foi um preditor significativo. Educação ($r = 0,40$; $p < 0,05$), renda ($r = 0,23$; $p < 0,05$), suporte social total ($r = 0,21$; $p < 0,05$) e o suporte familiar ($r = 0,26$, $p < 0,01$) estão significativamente associados com a função cognitiva (Zhu, Hu e Efirid, 2012). Também no estudo de Maura (1989), descreve que a satisfação com o suporte social aumenta com o desempenho cognitivo.

Assim, este estudo vem de encontro ao nosso presente estudo, que encontra uma relação significativa entre o suporte social e a função cognitiva, sendo aqui comprovada a hipótese formulada inicialmente.

CONCLUSÕES

O investigador deve proceder à colheita de dados, identificar problemas e necessidades, estabelecer objectivos e determinar as intervenções para atingir esses objectivos, avaliando depois a eficácia do plano de intervenção implementado, na satisfação dos problemas e necessidades identificadas.

Nesta dissertação de mestrado existe um esboço do tema que servirá de estudo para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social Aplicada com o seguinte tema: Satisfação com o Suporte Social pelo idoso: Influência na Cognição.

A presente investigação teve por objectivo compreender qual a relação entre a satisfação com o suporte social e a função cognitiva dos idosos inscritos na USF AmareSaúde, do Concelho de Amares.

Pretendeu-se também verificar a influência de outros factores nestas variáveis, procurando-se a satisfação com o suporte social e ainda o nível cognitivo dos indivíduos.

O estudo é correlacional, descritivo e quantitativo. A amostra deste estudo é composta por 100 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e 75 anos, que frequentam a USF AmareSaúde, no concelho Amares.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS 20.0 e o Excel para Windows por uma questão de formação. A apresentação dos resultados foi feita através de gráficos e tabelas com a sua respectiva descrição e análise. Na presente investigação foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados: um questionário de caracterização sociodemográfico, o índice de Barthel com intuito de

avaliar o nível de dependência dos idosos, o teste MoCA para avaliar o nível cognitivo e ainda a ESSS de José Ribeiro para avaliar a satisfação com o suporte social.

Através da análise no programa estatístico SPSS, obteve-se que a amostra em estudo é maioritariamente do género feminino (56%), casada (80%) e ainda na sua maioria independentes para as AVD's (85%). No teste MoCA verificou-se que 64% apresentavam alteração cognitiva, a média de pontuação é de 22, 33 pontos. Dos 7 domínios do teste MoCA (visuo-espacial executiva, atenção, nomeação, linguagem, abstracção, evocação e orientação) os que apresentaram uma clara alteração eram: visuo-espacial executiva, atenção, linguagem e evocação. Na ESSS obteve-se em média 51,99 de score, o que significa que a amostra demonstra ter entre moderado a alto suporte social. O item no qual é assinalado como o que traz mais satisfação é a família.

Para a correlação de dados entre o teste MoCA e a escala ESSS optou-se pela utilização do teste de correlação de Spearman, adequado a este tipo de dados. Fez-se uma correlação de dados não-paramétricos. Os dados que se obtiveram correlacionando os dados obtidos na Escala de Satisfação com o Suporte Social e no teste *Montreal Cognitive Assessment* deram um coeficiente de Correlação de 25%, tendo alguma significância. As variáveis em estudo - suporte social e função cognitiva - apresentam uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa ($r=0,251$; $sig=0,012$), ou seja, com um nível de significância de 0,012, não se pode assumir que as variáveis sejam independentes. O aumento da satisfação com o suporte social está directamente correlacionado com o aumento da função cognitiva. Posto isto, a hipótese formulada inicialmente é confirmada.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. (2006). *A idade não perdoa? O idoso à luz da neurologia gerontológica*, 1ª edição. Lisboa, Gradiva edições.
- American Psychiatric Association – DSM-IV-TR, (2002) *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª edição, Climepsi Editores, Lisboa.
- Apóstolo, J; Cardoso, D; Marta, L., Amaral, T. (2011) – Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista Enfermagem Referencia*. Volume 3. número 5. páginas 193-201.
- Araújo, F. et al (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. volume 25. Número 2. páginas 59-66.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B., Due, P., Sakari-Rantala, R. e Heikkinen, R. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. volume 59, páginas 44–51.
- Barros, F. (2011). *Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso*, Enfermeiro, 2011, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*. volume 14, páginas. 413-445.

- Baptista *et al* (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*. Volume 7. número1, páginas 39-48.
- Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). “*Pessoas Idosas – Uma abordagem global*”. Lisboa, Editora Lusodidacta.
- Bertelli, R., Vasconcelos-Raposo, J., & Fernandes, H. (2007). *Avaliação neuropsicológica e estruturação de programas de reabilitação cognitiva para o idoso*. Comunicação apresentada na Conferência Novos desafios da institucionalização de idosos: combate à solidão acompanhada, Lamego, Portugal.
- Bertelli, R., Bianchi, J. e Cruz, E. (2009). *Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos*. Fundação Técnica e Científica do Desporto. ISSN 1646-197X. volume 5. número 2. páginas 49-62.
- Bertelli, R. *et al* (2011). *Associação entre a actividade física, envelhecimento e demência*, Acta Med Port. volume 24. páginas 771-774.
- Bertaux, D. (1980). L’approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*. Paris ,France.
- Bisquerra, R.; Sarriera, C.; Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre. Artmed.

- Brito, F. e Ramos, L. (2000). Serviços de Atenção à Saúde do idoso. In M. Netto (ed), *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo. Editora Atheneu. páginas 394 – 402.
- Born, T. e Boechat, S. (2002). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. IN: FREITAS, E. NERI, A.; CANÇADO, F; GORZONI, L.; ROCH, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro.
- Calero, M. e López, A. (2009) *Predictores del deterioro cognitivo en ancianos*. Revista espanhola de Geriatria e Gerontologia. volume 44. páginas 220-224. Elsevier Doyme.
- Callaghan, P. e Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*. volume 18. páginas 203-210.
- Callegari, J.; (2003). *Bioestatística princípios e aplicações*. Ed. ArtMed. Porto Alegre.
- Campôa, E. (2009). *Qualidade de vida, competências cognitivas e funcionais nos idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Universidade do Algarve.
- Capucha, L. (2003). Modernidade versus Vulnerabilidade. *Revista Integrar*. Nº21-22. Instituto de Emprego e Formação Profissional. SNRIPD. páginas 19-28.
- Cecato, J. *et al* (2010). Verbal behavior in Alzheimer disease patients. *Dement Neuropsychol*. volume 4. número 3. páginas 202-206.

- Chang, Y. *et al* (2012). *Montreal Cognitive Assessment in assessing clinical severity and white matter hyperintensity in Alzheimer's disease with normal control comparison*. Acta Neurologica Taiwanica. volume 21. páginas 64-73.
- Christensen, L. (2004). *Experimental Methodology*, 9ª edição, Pearson Ed.
- Constituição da Republica Portuguesa. (1976). Sétima Revisão Constitucional – 2005. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> Consultado a 12/11/2011
- Despacho Conjunto nº 116/94 disponível em <http://supersocial.blogs.sapo.pt/4691.html> consultado 13/09/2012.
- Despacho Normativo nº 191/2005 (2005). Diário da Republica – II Série disponível em <http://www.dre.pt/pdfgratis2s/2005/07/2S141A0000S00.pdf> consultado em 26/08/2012.
- Despacho Normativo nº12/98 de 5 de Março (1998). Diário da Republica – I série –B- disponível em http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=16126&m=PDF consultado em 25/08/2012
- Despacho Normativo nº62/99 de 12 de Novembro (1999). Diário da Republica – I Série –B- disponível em http://www.socialgest.pt/dlds/DN62.99IDOSOS_SAD.pdf consultado em 25/08/2012.

- Escala de Barthel (2006). Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/5/%C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf> consultado em 23/05/2012.
- Ficker, L., Macneill, S., Bank, A. e Lichtenberg, P. (2002) Cognition and perceived social support among live-alone urban elders. *Journal of Applied Gerontology*. volume 21. páginas 437–451.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. (2ª ed.) Porto Alegre. Artmed.
- Figueiredo, D., Galante, H. e Sousa, L. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*. volume 37. número 3. páginas 364-71
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*, Climepsi Editores, 1ª edição. Lisboa.
- Fontinha, M (2010). *Perspectivas de Morte: Relação com o Suporte Social e a Solidão em Idosos*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 2ªed. Lusociência ed.
- Fratiglioni, L., Wang H.X., Ericsson. K., Maytan, M. & Winblad, B. (2000) Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*. volume 355, páginas 1315–1319.

- Freitas, S. Simões, M.; Martins, C.; Vilar, M.; e Santana, I. (2010). Estudo de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*. volume 9. Número 3. Páginas 345-357.
- Grenn, A., Rebok, G. e Lyketsos, C. (2008). Influence of social network characteristics on cognitive and functional status with aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. volume 23, páginas 972–978.
- He, Z. (2002). Socioeconomic status and social support network of the rural elderly and their physical and mental health. *Social Science in China*. volume 3, páginas 135–148.
- Huxhold, O; Merz, E. (2010) Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults, in press, *Ageing & Society*. Volume 30. páginas 843–857. Cambridge University Press.
- INE (2001) actualidades – Censos 2001: resultados Provisorios disponível em www.ine.pt consultado 23/09/2012.
- INE; (2007); “Estatísticas Demográficas, 2005”; Lisboa.
- INE (2012). Recenseamento da população e da habitação (Portugal) Censos 2011. Lisboa: INE.
- Jacob, L. (2002). Principal Respostas Sociais para Idosos em Portugal. Disponível em: <http://www.socialgest.pt/>. Consultado a 02/02/2012.

- Kawachi, I. e Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health* Volume 78, página 458 – 467.
- Lakatos, E.M.; Marconi, M.A. (1995). *Metodologia científica*, São Paulo, Editora Atlas.
- Lemos, M. (2000). Os Idosos Dependentes: *O caso das Misericórdias das Regiões Norte e Centro*. Maia: União das Misericórdias Portuguesas.
- Lourenço, O. (1997). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo. Teoria, dados e implicações*. Coimbra: Almedina.
- Lopes, C., Ribeiro, J., Santos, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Volume IV, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa. páginas 185-204.
- Lund, R. *et al*, (2010) Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age and Ageing*. Volume 39. Páginas 319–326. Oxford University Press.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas Idosas : Uma abordagem Global*. Lisboa. Lusodidacta. páginas 87-99.
- Marek, F; Phipps, J.; Sands, K. *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. volume 3. Lusociência, 2003.

- Martin, I; Gonçalves, D.; Paúl, C.; Pinto, F. (2006). Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal. In R. Osório (Ed.) *Pessoas Idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Edições Piaget.
- Martins, R. (2002) Envelhecimento demográfico. *Millenium – Revista ISPV*. Nº26.
- Martins, L. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. “Repositório: Instituto Politécnico de Viseu”. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/408>. Consultado a 24/10/2011
- Maura, R. (1989). The relationship between loneliness, social support and decline in Cognitive function in hospitalized aged men and women (DISS). *Virginia Henderson*. International Nursing Library.
- Medronho, R. *et al.* (2009). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo. Atheneu.
- Menche, N.; Scäffler, A. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*. Loures, Lusociência.
- Merck (2010). Manual de Merck. Disponível em <http://www.manualmerck.net/> consultado em 23/09/2012.
- Ministério da Segurança Social e do trabalho. *Protecção da acção social*. Pessoa Idosa. Lisboa. 2001.
- MoCA (2012). *The Montreal Cognitive Assessment*. Disponível em <http://www.mocatest.org/> consultado em 21/04/2012.

- Molina, M. (2002). Teoria Global Cognitiva. Disponível em <http://www.molwick.com/pt/cerebro/510-teoria-cognitiva.html>. Consultado em [25/07/2012](#)
- Oliveira, S.(2012) – *O cérebro: Estrutura e irrigação – Instituto Gulbenkian da Ciência-* disponível em <http://www.igc.gulbenkian.pt/sites/soliveira/cerebroestruturairrigacao.html>. Consultado em 31/07/2012
- Paúl, C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida, Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra, Livraria Almedina
- Paúl, C.; Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de cuidados*. 1ª Ed. Lisboa, Climepsi Editores
- Pául, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. “Revista da Faculdade de Letras: Sociologia”. Série I. volume. 15. páginas 275-288.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I, e Amado, J, (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal, *European Journal of Psychology*, volume 8. número3. páginas 189-197.
- Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>. consultado a [24/10/2011](#)
- Pontes, C. (2007). Perspectiva neurológica sobre as demências. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. volume 4. páginas 36-43.

- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia de Investigação Psicológica*. Porto, Edição Jornal de Psicologia. página 35.
- Programa de Apoio ao Idoso Integrado – PAII- (2006). Acção Social- PAII disponível em <http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.24> consultado em 31/07/2012
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva – Publicações Lda.
- Ribeiro, J., (1999), *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Análise Psicológica. volume 3. número 17. páginas 547-558
- Ribeiro, J., (1999), *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Disponível em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/soCIALf.htm> consultado em 3/06/2012.
- Ribeiro, J. e Guterres, M. (2002). A Qualidade de Vida das Pessoas com Perturbações Mentais Crónicas Apoiados por Serviços Comunitários. In: I Leal, I. Cabral & J. Pais-Ribeiro(Edts). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.283-289). Lisboa: ISPA
- Ribeiro, J., Ponte, A, (2009). Propriedades métricas da Versão Portuguesa da Escala de Suporte Social do MOS (MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY) com idosos, *Psicologia, Saúde & Doenças*. volume 10. número 2. páginas 163-174.


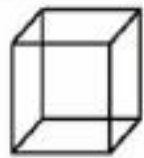
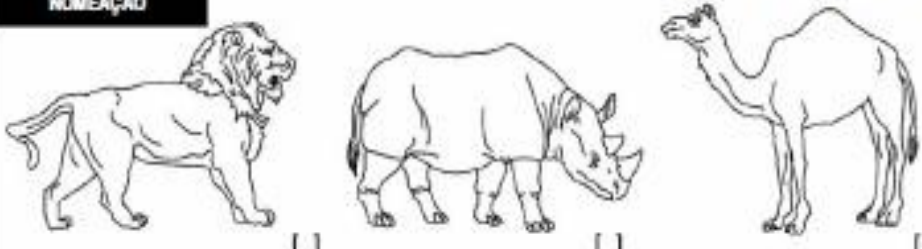
- Rodrigues, V.; (2008). *Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: Estudo exploratório*. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Rosa, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*. volume 28. número 122. páginas 679-689.
- Seeley, R; Stephens, T; Tate, P. (2003). **Anatomia & Fisiologia**. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1997.
- Seeman, T., Bruce, M. e Mcavey, G. (1996). Baseline social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *Journals of Gerontology Series B: Social Sciences*. volume 51, páginas 191-200.
- Seeman, T., Lusignolo, T., Albert, M. e Berlman, L. (2001) Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*. volume 20. páginas 243–255.
- Sibley, A., Mackight, C., Rockwood, K., Fisk, J., Gauthier, S., Guzman, D. e Hogan, D. (2002). The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. volume 13. páginas 40–45.
- Silva, J., (2011). *Relação entre co morbilidades e declínio cognitivo leve em pacientes clínicos com idade maior que 50 anos na cidade de Santana do Livramento, RS*. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre.

- Solso, R. (1991). *Cognitive Psychology*. 3ª ed. University of Nevada-Reno Press
- Teixeira, J. (2011). *Demência e outros défices cognitivos nos cuidados de Saúde Primários*. 1ª Edição. Linda-a-Velha, VVKA editoras.
- Teixeira, C. et al (2012) Square Stepping Exercise e exercícios básicos na cognição de Idosos. *Revista Kinesis*. volume 30. número 1. páginas 174-187.
- Who (2002): *Active Ageing: A policy framework*. Geneva: Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course.
- Who (2012). International Classification of Diseases. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/en/> consultado em 22/09/2012.
- Woods, R. (1997). *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Wiley Edition.
- Yeh, S.; LIU, Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Services Research*. BioMed Central. volume 3. Páginas 1-9
- Zhu, S.; Hu, J. ; Efird, J. (2012). Role of social support in Cognitive function among elders. *Journal of Clinical Nursing*. volume 21. Páginas 2118-2125.
- Zunzunegui, M., Alvarado, B., Del-Ser, T. e Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. volume 58. páginas 93–100.

ANEXOS

**Anexo I – *Montreal Cognitive Assessment*, Instruções do MoCA e Permissão para a
utilização do MoCA**

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Versão Experimental Portuguesa
 Nome: _____ Data de nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Data de avaliação: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ anos

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA 		Copiar o cubo 	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez) (3 pontos)	Pontos _____/5																	
NOMEAÇÃO 		_____/3																			
MEMÓRIA Leia a lista de palavras. O sujeito deve repetir-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Rosio</td> <td>Veludo</td> <td>Igreja</td> <td>Malmequer</td> <td>Vermelho</td> </tr> <tr> <td>1º ensaio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2º ensaio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Rosio	Veludo	Igreja	Malmequer	Vermelho	1º ensaio						2º ensaio						Sem Pontuação _____/3	
	Rosio	Veludo	Igreja	Malmequer	Vermelho																
1º ensaio																					
2º ensaio																					
ATENÇÃO Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência em sentido directo (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso.		<table border="1"> <tr> <td>[]</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>7</td> <td>4</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		[]	2	1	8	5	4	[]	7	4	2			_____/2					
[]	2	1	8	5	4																
[]	7	4	2																		
Leia e aйте de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		[] FBACMNAAIKLBFAKDEAAAJAMOFAB		_____/1																	
Subtraia de 7 em 7 começando no 100. 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos.		<table border="1"> <tr> <td>[]</td> <td>93</td> <td>[]</td> <td>86</td> <td>[]</td> <td>79</td> <td>[]</td> <td>72</td> <td>[]</td> <td>65</td> </tr> </table>		[]	93	[]	86	[]	79	[]	72	[]	65	_____/3							
[]	93	[]	86	[]	79	[]	72	[]	65												
LINGUAGEM Repetir: Eu apenas sei que hoje devemos ajudar o João. O galo esconde-se sempre debaixo do sofá quando os cães entram na sala.		[] []		_____/2																	
Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).		[] _____ (N ≥ 11 palavras)		_____/1																	
ABSTRAÇÃO Semelhança par. entre maçã e laranja = fruta [] combóio - bicicleta [] relógio - água		[] []		_____/2																	
EVOCÇÃO DIFEREN Deve recordar as palavras SEM PISTAS		<table border="1"> <tr> <td>ROSTO</td> <td>VELUDO</td> <td>IGREJA</td> <td>MALMEQUER</td> <td>VERMELHO</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	ROSTO	VELUDO	IGREJA	MALMEQUER	VERMELHO	[]	[]	[]	[]	[]	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS _____/5								
ROSTO	VELUDO	IGREJA	MALMEQUER	VERMELHO																	
[]	[]	[]	[]	[]																	
Opcional Plata de categoria Plata de escolha múltipla																					
ORIENTAÇÃO [] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia do ano [] Lugar [] Localidade		_____/6																			
© Z.Nosreddine MD www.mocatest.org Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Horácio Firmínio, Manuela Vilar, Mónica Martins (FPCE-UC/HUC; 2007)		Normal ≥ 26 / 30 TOTAL Atribui 1 ponto ao sujeito sem ≥ 12 anos de escolaridade		_____/30																	

MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

MATERIAIS

Folha de registo/ MoCA

DESCRIÇÃO

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) foi concebido como um instrumento breve de avaliação do Défice Cognitivo Ligeiro. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstracção, cálculo e orientação. Exige que o sujeito realize um conjunto de tarefas.

INÍCIO

Item 1

TEMPO LIMITE

(não se aplica)

INTERRUPÇÃO

Aplicar todos os itens.

INSTRUÇÕES

Para cada item/prova, o examinador seguirá as indicações de administração.

1. Alternância Conceptual (Trail Making alternado):

Administração: Assinalando o espaço adequado na folha de protocolo, o examinador dá as seguintes instruções ao sujeito: **“Vou pedir-lhe que desenhe**

uma linha que vá de um número a uma letra, alternando entre números e letras, e respeitando a ordem dos números e do alfabeto. Comece aqui (assinalar o número 1) e desenhe uma linha partindo do número 1 até à letra A, continuando depois até ao número 2 e assim sucessivamente. Termine aqui (assinalar a letra E)”.

Cotação: Atribuir 1 ponto se o sujeito desenha com sucesso a seguinte sequência (sem desenhar qualquer linha cruzada): 1-A-2-B-3-C-4-D-5-E

Atribuir 0 pontos se a sequência não é respeitada ou se, durante a execução, o sujeito não corrigir imediatamente um erro, qualquer que ele seja.

2. Capacidades Visuo-construtivas (Cubo):

Administração: O examinador dá as seguintes instruções, apontando para o **cubo**:
“Copie este desenho do modo mais exacto que conseguir, no espaço em baixo.”

Cotação: Atribuir 1 ponto se a figura for desenhada correctamente:

- O desenho deve ser tridimensional;
- Estão presentes (desenhadas) em todas as linhas;
- Não são acrescentadas linhas;
- As linhas são relativamente paralelas e aproximadamente do mesmo comprimento (são aceitáveis prismas rectangulares).

Atribuir 0 pontos se não forem respeitados todos os critérios anteriormente assinalados.

3. Capacidades Visuo-construtivas (Relógio):

Administração: Assinalando o espaço adequado, o examinador dá as seguintes instruções: “**Agora vou pedir-lhe que desenhe um relógio, que coloque todos os números e que marque 11 horas e 10**”.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada um dos três critérios seguintes:

Contorno (1 pt): O contorno deve ser um círculo pouco deformado (p.ex., é permitida uma leve deformação de fechamento do círculo);

Números (1 pt): Todos os números devem estar presentes, sem números adicionais. Os números têm de estar na ordem correcta e colocados de forma adequada, nos quadrantes do mostrador do relógio. São aceitáveis números romanos, bem como a colocação dos números fora do contorno do círculo (no exterior do círculo).

Ponteiros (1 pt): Os dois ponteiros devem indicar a hora correcta. O ponteiro das horas deve ser claramente mais pequeno que o ponteiro dos minutos. O ponto de junção dos ponteiros deve estar colocado aproximadamente no centro do relógio.

Atribuir 0 pontos por cada critério anterior não respeitado.

4. Linguagem (Nomeação):

Administração: O examinador pede ao sujeito para dizer o nome de cada um dos animais (da esquerda para a direita): “**Diga o nome deste animal** (apontar para o estímulo “dromedário/camelo”). **E deste** (apontar “leão”). **E deste** (apontar “rinoceronte”).”

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada nomeação correcta: (1) camelo ou dromedário (2) leão (3) rinoceronte.

Atribuir 0 pontos por cada nomeação incorrecta.

5. Memória (Evocação imediata):

Administração: O examinador lê uma lista de 5 palavras, ao ritmo de uma palavra por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: **“Isto é um teste de memória. Eu vou ler uma lista de palavras que deve memorizar. Escute com atenção! Quando eu terminar, vou pedir-lhe que diga todas as palavras de que se consegue lembrar. Pode dizê-las pela ordem que quiser. Está preparado(a)? Rosto-Veludo-Igreja-Malmequer-Vermelho”**. O examinador lê a lista de palavras uma primeira vez e marca com um visto (√), no espaço reservado para esse efeito, as palavras que o sujeito consegue repetir/evocar. Quando o sujeito tiver terminado (lembrou-se de todas as palavras) ou quando não conseguir lembrar-se de mais palavras, o examinador volta a ler a lista de palavras após as seguintes instruções: **“Agora vou ler novamente a mesma lista de palavras. Tente recordar-se e dizer-me o maior número de palavras que conseguir, incluindo as palavras que repetiu da primeira vez. Está preparado(a)? Rosto-Veludo-Igreja-Malmequer-Vermelho”**. O examinador marca com um visto (√), no espaço reservado para o efeito, as palavras que o sujeito repetiu no segundo ensaio.

No final do segundo ensaio, o examinador informa o sujeito que deverá memorizar a lista de palavras e que terá de voltar a repeti-las mais tarde, no final do teste: **“Vou pedir-lhe para memorizar estas palavras. Irei pedir-lhe que as repita de novo, no final do teste”**.

Cotação: Não é atribuída pontuação à prova de memória (evocação imediata, ensaios 1 e 2).

6. Atenção/ Concentração:

Sequência numérica em sentido directo:

Administração: O examinador lê uma sequência de 5 dígitos, ao ritmo de um dígito por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: **“Vou dizer-lhe alguns números e, quando eu tiver terminado, quero que repita esses números na mesma ordem em que eu os disse. Está preparado(a)? Atenção! 2-1-8-5-4”**.

Sequência numérica em sentido inverso:

Administração: O examinador lê uma sequência de 3 dígitos, ao ritmo de um dígito por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: **”Agora vou dizer-lhe alguns números e, quando eu tiver terminado, quero que repita esses números na ordem inversa à que eu lhe disse. Está preparado(a)? Atenção! 7-4-2”**.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada sequência repetida correctamente (N.B.: a ordem exacta de repetição da sequência numérica em sentido inverso é 2-4-7).

Atribuir 0 pontos, por cada repetição incorrecta (sentido directo e sentido inverso).

Concentração:

Administração: O examinador lê uma série de letras, ao ritmo de uma por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: **”Vou ler uma sequência de letras, uma série de letras. De cada vez que eu disser a letra A, dê uma pancadinha com a mão, na mesa. Quando eu disser uma outra letra diferente, não dê pancada com a mão. Está preparado(a)?”**.

Cotação: Atribuir 1 ponto se a execução é correcta (admite apenas a ocorrência de um erro).

Atribuir 0 pontos se houver mais de um erro, isto é, ≥ 2 erros (considera-se erro quando o sujeito dá uma pancada sendo a letra dita errada- outra letra que não A; ou quando o sujeito não dá uma pancada, tendo sido dita a letra A). [Assinalar claramente, na folha de registo, o número e tipo de erros]

Subtracção em sequência de 7:

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: “**Agora vou pedir-lhe que calcule 100 menos 7 e, depois, continue a subtrair 7 ao número que deu como resposta, até eu lhe dizer para parar. Percebeu? Está preparado(a)?**”. Repetir a instrução duas vezes, se necessário. Parar, após serem efectuadas 5 subtracções (independentemente de estarem correctas ou incorrectas

de 0 pontos se nenhuma subtracção estiver correcta. Atribuir 1 ponto por uma subtracção correcta; 2 pontos por duas ou três subtracções correctas; e 3 pontos por quatro ou cinco subtracções correctas. Cada subtracção é avaliada individualmente, isto é, se o sujeito comete um erro de subtracção, mas depois faz subtracções de 7 correctas, a partir do número que dá como resposta, é atribuída pontuação a essas respostas. Por exemplo, um sujeito responde $100-7=92-85-78-71-64$; a resposta “92” é incorrecta, mas os números seguintes foram correctamente subtraídos, pelo que se deve atribuir uma pontuação de 3.

7. Linguagem (Repetição de frases):

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: “**Agora vou ler uma frase. Quero que a repita, tal como eu a disse, logo depois de eu terminar de a ler** [pausa]: “**Eu apenas sei que hoje devemos ajudar o João**”. Após esta primeira tarefa, o examinador diz: “**Agora vou ler outra frase. Quero que a repita, tal como eu a disse, logo depois de eu terminar de a ler**” [Pausa]: “**O gato esconde-se sempre debaixo do sofá quando os cães entram na sala**”.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada frase repetida correctamente. A repetição deve ser exacta. O examinador deve prestar atenção aos erros por omissão, substituição e/ou adição.

Atribuir 0 pontos, por cada frase repetida incorrectamente.

8. Linguagem (Fluência verbal):

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: **“Agora vou pedir-lhe que diga o maior número possível de palavras que comecem por uma letra do alfabeto, que lhe vou dizer a seguir. Pode dizer qualquer tipo de palavra, excepto nomes próprios (p. ex., António ou Lisboa), números, conjugações verbais (p.ex., comes, comemos, comerei) e duas ou mais palavras da mesma família (p.ex., galinha, galinheiro). Tem um minuto para dizer todas as palavras que se lembrar. Está pronto(a)? [Pausa] Agora, diga o maior número de palavras que comecem pela letra P. [tempo: 60 segundos]. Pare!”**

Cotação: Atribuir 1 ponto se o sujeito disser 11 ou mais palavras em 60 segundos. Registrar as respostas do sujeito no verso da folha de protocolo.

Atribuir 0 pontos se o sujeito disser menos de 11 palavras (< 11 palavras).

9. Abstracção (Semelhanças):

Administração: O examinador pede ao sujeito que diga o que têm em comum dois elementos apresentados, ilustrando com o seguinte exemplo: **“Diga-me agora em que são semelhantes uma maçã e uma laranja?”**. Se o sujeito dá uma resposta concreta (p.ex. têm casca), o examinador repete apenas mais uma vez: **“Diga-me em que mais são semelhantes ou parecidas uma maçã e uma laranja?”**. Se o sujeito não dá uma resposta adequada (são frutos/fruta), o examinador deve dizer: **“Sim, e ambas são frutos”**. Não dar quaisquer outras instruções ou explicações.

Depois do ensaio (item de treino), o examinador diz: **“Agora diga-me, em que são semelhantes um comboio e uma bicicleta?”**. Após a resposta do sujeito, o

examinador deve perguntar: “**E em que são semelhantes um relógio e uma régua?**”. Não dar pistas ou instruções suplementares.

Cotação: Apenas os dois últimos itens são cotados (o item de treino não é cotado). Atribuir 1 ponto por cada resposta correcta (pontuação máxima possível: 2 pontos)

São aceitáveis as seguintes respostas:

- comboio/ bicicleta = meios de transporte, meios de locomoção, para viajar.
- régua/ relógio = instrumentos de medição, para medir.

Respostas **não** aceitáveis:

- comboio/ bicicleta = têm rodas, andam.
- régua/ relógio = têm números.

10. Evocação diferida:

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: “**Li há pouco uma lista de palavras e pedi-lhe que a memorizasse para repetir mais tarde. Agora, diga todas as palavras que conseguir recordar dessa lista**”. O examinador assinala com um visto (✓), no espaço para esse efeito, todas as palavras que o sujeito evoca sem a ajuda de pistas.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada uma das palavras recordadas sem qualquer pista.

Opcional:

Para as palavras que o sujeito não recorda espontaneamente, o examinador proporciona pistas de categoria semântica. Em seguida, para as palavras que o sujeito não recorda, mesmo com pistas de categoria semântica, o examinador oferece uma selecção de respostas possíveis e o sujeito deve identificar a palavra adequada (reconhecimento). Apresentamos, no quadro que se segue, as pistas para cada palavra:

Rosto	Pista de categoria: parte do corpo	Escolha múltipla: nariz, rosto, mão
Veludo	Pista de categoria: tecido	Escolha múltipla: lã, algodão, veludo
Igreja	Pista de categoria: edifício	Escolha múltipla: igreja, escola, hospital
Malmequer	Pista de categoria: flor	Escolha múltipla: rosa, malmequer, tulipa
Vermelho	Pista de categoria: cor	Escolha múltipla: vermelho, azul, verde

Cotação: não se atribuem pontos às palavras recordadas com pistas. Assinalar com um *visto* (✓), no espaço para esse efeito, as palavras que foram ditas a partir de uma pista (de categoria semântica ou de escolha múltipla). Ao serem proporcionadas pistas, os dados obtidos nesta prova oferecem informação clínica sobre a natureza das dificuldades mnésicas. Quando se trata de dificuldades de recuperação de informação, o desempenho pode melhorar graças às pistas. No caso de dificuldades no processo de codificação, as pistas não melhoram o desempenho.

11. Orientação:

Administração: O examinador dá as seguintes instruções: “**Diga-me qual é a data de hoje?**”. Se o sujeito der uma resposta incompleta, o examinador diz; “**Diga o ano, o mês, o dia do mês (data) e o dia da semana**” (não questionar para as categorias temporais que o sujeito já referiu). A seguir, o examinador pergunta: “**Diga como se chama o lugar onde estamos agora e em que cidade/vila/aldeia nos encontramos**”.

Cotação: Atribuir 1 ponto por cada item correctamente respondido. O sujeito deve saber a data exacta e o local exacto (hospital, clínica, escritório etc.).

Atribuir 0 pontos se o sujeito se engana em um dia, no dia do mês e da semana.

PONTUAÇÃO TOTAL: Some todos os pontos assinalados na margem direita da folha de protocolo (para uma pontuação máxima possível de 30 pontos). Atribuir 1 ponto suplementar se o sujeito tem 12 ou menos anos de escolaridade (se o resultado total no MoCA é inferior a 30). Uma pontuação total igual ou superior a 26 é considerada normal.

MoCA© Z.Nasreddine MD

www.mocatest.org

[Portuguese translation: Mário R. Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar, Mónica Martins; FPCE-UC/HUC, 01/2007]

PERMISSION TO USE THE MoCA®

CLINICAL USE

Universities/Foundations/Health Professionals/Hospitals/Clinics/Public Health Institutes:

MoCA® may be used, reproduced, and distributed **WITHOUT** permission.

The test should be made available free of charge to patients.

Written permission and Licensing Agreement is required if funded by commercial entity or pharma.

Commercial Entity/Pharma:

MoCA® may be used, reproduced, and distributed, **WITH** prior written permission and Licensing Agreement.

The test should be made available free of charge to patients.

EDUCATIONAL USE

Universities/Foundations/Health Professionals/Hospitals/Clinics/Public Health Institutes:

MoCA® may be used, reproduced, and distributed **WITHOUT** permission.

The test should be made available free of charge to patients.

Written permission and Licensing Agreement is required if funded by commercial entity or pharma.

Commercial Entity/Pharma:

MoCA® may be used, reproduced, and distributed, **WITH** prior written permission and Licensing Agreement.

The test should be made available free of charge to patients.

RESEARCH USE

Universities/Foundations/Health Professionals/Hospitals/Clinics/Public Health Institutes:

MoCA® may be used, reproduced, and distributed, **WITH** prior written permission.

The test should be made available free of charge to patients.

Written permission and Licensing Agreement is required if funded by commercial entity or pharma.

Commercial Entity/Pharma sponsored research:

MoCA® may be used, reproduced, and distributed, **WITH** prior written permission and Licensing Agreement.

The test should be made available free of charge to patients.

For more information, please contact:

Dr Ziad Nasreddine MD

info@mocatest.org

Return to [HOME PAGE](#)

Anexo II – Escala de Barthel

Escala de Barthel

Data da Avaliação: ____/____/____

Pontuação Obtida: _____

Assinatura da enfermeira: _____

Evacuar

0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);

1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);

2 = Contigente

Urinar

0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer

1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);

2 = Contigente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

0 = Dependente

1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

2 = Independente

Alimentar-se

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..

2 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se

1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se

2 = Pequena ajuda (verbal ou física)

3 = Independente

Mobilidade

0 = Imobilizado

1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...

2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

0 = dependente

1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)

2 = Independente para subir e descer

Tomar banho

0 = Dependente

1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

0 - 04 – Muito Grave

05 -09 – Grave

10-14 – Moderado

15-19 – Ligeiro

20 - Independente

**Anexo III - Escala de Satisfação com o Suporte Social, de José Ribeiro, Pedido
para a utilização da ESSS e Permissão para a utilização da ESSS**

SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ

ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Braga, 18 de Novembro de 2012

Exmo Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

Assunto: Consentimento para a aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Eu, Tânia Esteves Simões, aluna do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica Portuguesa, em Braga, encontro-me a elaborar a Dissertação de Mestrado que concluirá o meu ciclo de estudos, com a orientação do Professor Doutor António Palha. O tema da Dissertação de Mestrado é: “Satisfação com o Suporte Social no idoso: Influência na Cognição” e pretende determinar a relação entre a satisfação com o suporte social percebida pelo idoso e o desempenho cognitivo.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a o consentimento para aplicar a Escala de satisfação com o Suporte Social (ESSS) junto de alguns idosos que constituem a população residente no Concelho de Amares e que integram a USF AmareSaúde. Asseguro que os dados fornecidos não serão fornecidos ou divulgados a qualquer pessoa ou organização para além de mim e somente com o fim de fazer investigação.

Com os melhores cumprimentos, agradeço desde já a atenção dispensada.

Tânia Simões

Mestranda em Gerontologia Social Aplicada

Enfermeira na RNCCI – Braga

Telefone:912320099

Email: tania.esteves.simoes@gmail.com

Doutor António Palha

Professor Orientador da Dissertação

Universidade Católica Portuguesa

Consentimento para a aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social



Caixa de Entrada x



Tânia Simões

20 Nov (há 1 dia) ☆

Braga, 18 de Novembro de 2012 Exmo Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeir...



José Luis Pais Ribeiro

20 Nov (há 1 dia) ★



para mim ▾

Autorizo a utilização da escala pedida.

Informo que existe um manual da escala que é vendida pela editora placebo em formato digital. Uma vez pago faz imediatamente o download para o seu computador

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Tânia Simões [tania.esteves.simo.es@gmail.com]

Enviado: terça-feira, 20 de Novembro de 2012 0:15

Para: José Luis Pais Ribeiro

...

...

Anexo IV – Questionário sociodemográfico e consentimento informado

Apresentação

Sou a Tânia Esteves Simões, aluna do Mestrado de Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Sociais, Centro Regional de Braga. Estou a realizar uma Dissertação de Mestrado cujo tema é “Satisfação com o Suporte Social: Influencia na cognição” esta pretende identificar e compreender a relação entre a satisfação com o suporte social e influencia na cognição.

Venho por este meio pedir a sua colaboração. Peço que me responda aos questionários que lhe serão fornecidos.

Inicialmente, devera ser preenchido o Questionário socio – demográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal (sexo, idade,...) e, de seguida, o Índice de Barthel, no qual se poderá obter o nível de dependência de cada sujeito, o terceiro é o teste *Montreal Cognitive Assessment – Moca*, que pretende identificar as alterações cognitivas e por último a Escala de Satisfação com o Suporte social que pretende medir a satisfação de cada sujeito com o suporte social existente.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá, antes de mais, indicar que aceita na declaração que se segue (Consentimento Informado).

Agradeço desde já a sua colaboração para com este estudo

Tânia Esteves Simões – Enfermeira

Consentimento Informado

Declaração

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no fim da presente declaração, que aceito participar na Dissertação no Âmbito do Curso de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica (Braga).

Declaro que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir.

Especificamente, fui informado/a do objectivo, da duração esperada e dos procedimentos do estudo, assim como do anonimato e da confidencialidade dos dados, e de que tinha o direito de recusar, ou cessar a minha participação, a qualquer momento sem qualquer consequência para mim.



Sim, Aceito

Data ___/___/___

Anexo V- Pedido de autorização de aplicação do questionário na USF AmareSaúde

Tânia Esteves Simões
Enfermeira
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Braga “O Poverello”
Lugar da Aldeia nº196 Chorense 4840-060 Terras de Bouro
Telemóvel:912320099
E-mail: tania.esteves.simoes@gmail.com

Braga, 22 de Outubro de 2012

Exmº Senhor

Coordenador da USF AmareSaúde

Eu, Tânia Esteves Simões, portadora do Cartão de Cidadão: 13288143, residente no Lugar da Aldeia nº196, 4840-060 Chorense, enfermeira na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, está neste momento, a realizar um trabalho de investigação aplicada, inserido no projecto de preparação da dissertação de mestrado em Gerontologia Social Aplicada, na Faculdade de Ciências Social da Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, intitulado: “Suporte social no idoso: Influência na cognição.”

Esta investigação enquadra-se nas áreas temáticas definidas pela Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular que se revestem de particular relevância para o conhecimento da população idosa da área de Amares, em especial da sua parte social e cognitiva.

A análise bibliografia consultada sobre a investigação feita neste campo, suscita-nos a oportunidade do estudo comparativo entre os défices cognitivos presentes, o suporte social a que estes têm acesso e ainda o nível de dependência.

A recolha de dados, a decorrer durante o próximo mês irá ser efectuada por mim e pelos enfermeiros que trabalham nesta unidade. Os dados recolhidos serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus protagonistas salvaguardado.

Mais informo que solicitei a colaboração da Enfermeira Eva Salgado desta Instituição, a qual tem cooperado na realização do estudo. Neste sentido, solicito a Vossa Excelência se digne autorizar a realização da referida recolha de informação.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por Vª Exª.

Com os meus melhores cumprimentos,

Tânia Simões



Anexo VI - Cronograma

Actividade	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novmbro	Dezembro		
Questão de partida	Blue																
Objectivos	Red																
Pesquisa bibliográfica			Purple														
Recolha de dados											Yellow						
Tratamento e análise de dados													Red				
Apresentação e discussão dos resultados													Green				
Conclusões															Orange		
Entrega da dissertação																Grey	