

GRAU DE DETERIORO COGNITIVO EM IDOSOS NUMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Andreia Sousa¹

Manuel Joaquim Loureiro²

¹ Estudante do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde - Universidade da Beira Interior

² Universidade da Beira Interior e Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano

Fecha de recepción: 15/10/2014

Fecha de aceptación: 16/10/2014

Fecha de publicación: 05/11/2014

RESUMO

Este estudo tem como objetivo caracterizar o grau de deterioro cognitivo em função das diferentes variáveis sociodemográficas de 37 idosos residentes numa instituição de longa permanência, em que, mediante os dados recolhidos, esperamos retirar implicações que possam ajudar a melhor desenhar as intervenções para a prevenção e promoção da saúde e bem-estar desta população. De modo a dar resposta aos objetivos delineados, utilizou-se para além do questionário sociodemográfico o Mini Mental State Examination (MMSE). Embora os resultados só tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas ao nível deterioro cognitivo em analfabetos e uma correlação negativa entre a idade, os resultados indicam uma tendência para maior grau de deterioro cognitivo entre o género feminino, estatutos socioeconómicos baixos, maior tempo de institucionalização, ausência de participação nas atividades socioculturais e de entretenimento, participantes dependentes na realização das Atividades de Vida Diária (AVD's), participantes que não mantêm contato frequente com os seus familiares, menor frequência das visitas recebidas e o facto de não ter amigos dentro do Lar. Assim, conclui-se que a idade avançada e o analfabetismo são identificados como possíveis fatores de risco no deterioro cognitivo desta amostra de idosos institucionalizados, estando estes dados em concordância com a literatura consultada.

Palavras chave: Envelhecimento, Institucionalização, Grau de Deterioro Cognitivo.

ABSTRACT

This study aims to characterize the degree of cognitive deterioration due to different socio-demographic variables of 37 elderly residents in long-stay institutions, where, upon the data collected, we hope to draw implications that may help to better design interventions for the prevention and health promotion and well-being of this population. In order to meet the goals outlined it was used in addition to sociodemographic questionnaire and the Mini Mental State Examination (MMSE). Although the results only evidenced statistically significant differences in cognitive deterioration level at illiterate and a negative correlation between age, the results indicate a trend towards a higher degree of cognitive deterioration between the female gender, low to very low socioeconomic status, longer institutionalization time, the non-participants in social, cultural and entertainment activities, participants dependent on activities of daily living (ADL), participants who do not maintain frequent contact with their families, lower frequency of visits received and those who don't have any friends within the institution. Thus, it is concluded that older age and illiteracy are identified as possible risk factors of cognitive deterioration in this sample of institutionalized elderly, being these results in accordance with the literature.

Keywords: Aging, Institutionalization, Degree of Cognitive Deterioration

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno a nível mundial que se tem vindo a evidenciar nestes últimos anos. No grupo dos mais envelhecidos constam as regiões mais desenvolvidas, particularmente a Europa, sendo que atualmente Portugal é um dos países mais envelhecidos não só apenas da Europa como também do mundo (Rosa, 2012).

Segundo a Perspetiva de Desenvolvimento ao Longo do Ciclo Vital defendida por Baltes e seus colaboradores o envelhecimento é um processo natural, irreversível, contínuo, transversal, singular e dinâmico, que comporta um conjunto de transformações a nível morfológico, fisiológico, funcional, bioquímico e psicológico, que conduzem a uma maior vulnerabilidade de morrer à medida que a idade avança (Fontaine, 2000; Fonseca, 2006; Paúl, 2005). Segundo Baltes (1987), o envelhecimento é multidimensional e multidirecional pois depende da história, do contexto e das influências genético-biológicas e socioculturais marcadas pela dinâmica entre o crescimento (ganhos) e o declínio (perdas) e pela interação entre indivíduo e cultura bem como entre níveis e tempos das respetivas influências. De acordo com o mesmo autor, esta abordagem de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, encara o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogéneo que pode ser categorizado em três tipos de envelhecimento: o normal, o patológico e o envelhecimento bem-sucedido.

Atendendo à importância desta última etapa do ciclo vital e ao acréscimo de doenças neurodegenerativas como as demências (Wittchen, *et al.*, 2011) principalmente a Doença de Alzheimer (DA), o que conseqüentemente leva a um maior risco de institucionalização da pessoa idosa, torna-se importante analisar o processo de envelhecimento à luz de uma abordagem holística, implicando compreender não só as alterações ditas normais no funcionamento cognitivo com também compreender a dinâmica dos espaços e contextos institucionais.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Perante a realidade do envelhecimento em Portugal a institucionalização da pessoa idosa é um processo bastante patente nos dias atuais, visto que dá resposta à impossibilidade da família atender às necessidades dos seus idosos que, de uma forma ou de outra não permite manter o seu ente junto das suas famílias (Fragoso, 2008).

São múltiplas as causas que levam os idosos a residir em instituições, sendo que muitas das vezes é a interação de diversas causas e não apenas de uma que favorece a procura deste tipo de apoio social (Almeida, 2008). Segundo as investigações já realizadas, os fatores que mais prevalecem e conduzem ao internamento da pessoa idosa são: o facto de viverem sozinhos (morte do cônjuge); o isolamento ou seja, falta de suporte social que lhes preste cuidados e a ausência de rede de interação que facilite tanto a integração social e familiar do idoso; conflitos entre o idoso e os restantes membros da família; a falta condições habitacionais ou até mesmo ausência de outra alternativa residencial; dificuldades financeiras; problemas de saúde que levam à incapacidade motora e/ou cognitiva, limitando a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) (Fragoso, 2008; Martins, *s.d.*; Perlini, Leite & Furini, 2007).

Relativamente às consequências da institucionalização, tendo em conta a dimensão e a complexidade do fenómeno, os dados são aparentemente contraditórios. Os efeitos negativos ou positivos dependem de um vasto leque de fatores, entre os quais das influências do contexto da própria instituição, das diferenças individuais, da cultura de cada sujeito e da capacidade de adaptação (Lima, 2010). Dentro dos aspetos negativos da institucionalização, destacam-se o facto vários estudos salientarem que esta acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, levando ao declínio das funções físicas e cognitivas (Martins, *s.d.*). A instituição leva à perda da autonomia (Zamora, 2011) e favorece o isolamento (Guidetti & Pereira, 2008). Apesar da generalizada imagem negativa da institucionalização dos idosos, existe uma corrente de estudos que demonstra vantagens em termos de oportunidade de estabelecer e facilitar a interação social entre os residentes (Martins, *s.d.*), no incremento da autoestima (Santos, 2002) e na maximização do bem-estar da pessoa idosa (Paúl, 2005). Outros estudos também recomendam as instituições para aqueles idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperar, ou moram sós e não tem família. De referir que a institucionalização nem sempre reflete uma solução de sucesso e garantia de bem-estar já que o sucesso da institucionalização depende de uma vasta diversidade de fatores, que são sempre necessários equacionar (Lima, 2010).

FUNCIONAMENTO E PROCESSOS COGNITIVOS DA PESSOA IDOSA

Para além das muitas mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento dito normal, as alterações no funcionamento cognitivo estão bem descritas na literatura. Segundo estudos efetuados, o declínio das habilidades cognitivas tem impacto negativo na vida do sujeito, comprometendo o funcionamento físico, social e emocional do idoso, afetando igualmente várias áreas como as Atividades de Vida Diária (AVD's), as atividades instrumentais e a interação social (Caramelli & Barbosa, 2002; Duarte, Andrade & Lebrão, 2006).

Neste âmbito, no envelhecimento cognitivo normal, Salthouse (1999) defende que há uma diminuição do tempo de reação e da velocidade do processamento de informação que estão associados ao processo de envelhecimento normal do Sistema Nervoso Central que reflete um geral abrandamento cognitivo, responsável pelos défices cognitivos relacionados com a idade. Nesta ótica, o envelhecimento interfere no desempenho cognitivo através das alterações que ocorrem em diversos processos cognitivos. Assim, está patente um declínio da inteligência fluida/mecânica que se expressa na dificuldade de raciocínio e de défices nas habilidades espaciais (Salthouse, 1999); ao decréscimo da

aprendizagem e da memória, particularmente ao déficit de memória de trabalho (Baltes & Mayer, 1999; Parengue & Wagner, 2009) e na memória episódica (Lima & Cammarota, 2012), ao decréscimo da atenção/concentração principalmente em tarefas que exijam uma maior flexibilidade no controlo da atenção (Glisky, 2007) e a prejuízos nas funções executivas (Argimon, Bicca, Timm & Visan, 2006; Banhato & Nascimento, 2007). Quanto ao envelhecimento perceptivo, observa-se uma grande variabilidade de acordo com as modalidades sensoriais. Enquanto algumas modalidades são pouco afetadas pela idade, como o olfato, o paladar e a cinestesia, outras como a audição e a visão e o equilíbrio são fortemente afetadas (Fontaine, 2000). O Estudo de Berlim sobre o Envelhecimento ("Berlim Aging Study" – BASE), realizado por Baltes e Mayer em 1999, verificou que estes três últimos fatores têm grande impacto sobre o envelhecimento cognitivo.

A literatura salienta uma série de fatores de risco que aumentam a predisposição do sujeito à perda cognitiva no envelhecimento normal que estão associados às experiências e ao estilo de vida do sujeito. Aspectos de natureza genética, o género feminino, idade avançada, aspectos nutricionais, estado de saúde (Baltes, 1987; Baltes & Mayer, 1999; Foroni & Santos, 2012), o stress, o consumo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas ilícitas, etc), a depressão e ansiedade (Foroni & Santos, 2012), ausência ou baixa escolaridade (Baltes, 1987; Carret, *et al.*, 2010; Ngandu, *et al.*, 2007), profissões que implicam trabalhos manuais em prol de desafiantes, baixo nível socioeconómico (Baltes, 1987; Oliveira, 2010) nível ocupacional desfavorável, ausência de participação em atividades de lazer, ausência de treino cognitivo (Baltes, & Mayer, 1999; Foroni & Santos, 2012; Scarmeas, Levy, Tang, Manly, & Ster, 2001; Wang, Karp, Winblad, & Fratiglioni 2002), a institucionalização (Wajman & Bertoluc, 2010) e rede de suporte social empobrecida (Seeman, Lusignolo & Berkman, 2001), fomentam e vulnerabilizam a propensão à perda cognitiva no envelhecimento

MÉTODO

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

Este estudo tem como principal objectivo caracterizar o grau de deterioro cognitivo em função das diferentes variáveis sociodemográficas de uma amostra de idosos residentes numa instituição de longa permanência, em que, mediante os dados recolhidos, esperamos retirar implicações que possam ajudar a melhor projetar programas de intervenção mais ajustados de modo a ir ao encontro das necessidades desta população específica, apostando na prevenção e promoção da saúde e bem-estar dos mesmos. Trata-se pois de um estudo de natureza descritiva e correlacional, sendo também considerado comparativo visto que há também comparação de grupo de participantes por referência às avariáveis previamente determinadas.

PARTICIPANTES E SEU CONTEXTO

Participaram neste estudo 37 idosos residentes numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) no distrito de Castelo Branco. Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 70 e os 94 anos, sendo a média de idades de 80.81 anos (DP=6.00) e moda de 81.00. Dos participantes, 24 pertencem ao sexo feminino (64.9%) e 13 ao sexo masculino (35.1%). Relativamente à escolaridade, 22 dos participantes (59.5%) refere que frequentou a escola, variando entre o 1º ano e 4º ano, à exceção de 1 sujeito que tem o 7º ano, ao passo que 15 sujeitos (40,5%) são analfabetos. Em relação à antiga profissão, todos eles tiveram profissões manuais, sendo que a grande maioria foi ex-operário têxtil. Quanto ao estatuto socioeconómico, 78.4% da amostra caracteriza-se por ter níveis baixos a muitos baixo, enquanto apenas 21.6% considera ter nível médio a elevado.

No que respeita aos aspetos relacionados com a institucionalização, no que confere ao tempo de institucionalização a maioria encontram-se tanto na condição até 6 meses (35.1%) como entre 1 a 3 anos (35.1%), sendo que, os restantes encontram-se há 3 ou mais anos de internamento (29.7%). Da amostra 51.4% dos participantes afirma que frequenta alguma das atividades proporcionadas pelo lar (canto coral, ginástica, hora do conto/leitura, jogos de tabuleiro e trabalhos manuais).

Quanto às variáveis independentes associadas à saúde, constatou-se que 86% possui déficit sensorial, prevalecendo os défices visuais com 67.4% e os défices auditivos com 32.6%. No que respeita ao grau de dependência nas AVD's, 56.8% afirma ser completamente autónomo na realização das AVD's, seguindo-se os participantes que ainda manifestam alguma autonomia nas AVD's com 21.6%, e por fim, os participantes que são totalmente dependentes com 21.6%. Da amostra, 51% respondeu que anteriormente teve algum tipo de vício, sendo referidos apenas a dependência de soníferos (57.1%), hábitos tabágicos (23.8%) e álcool (10.8%).

No que concerne às variáveis relacionadas com o suporte social, denota-se que 78.4% dos participantes refere que mantem um contato frequente com os seus familiares, contrariando os 21.6% que não mantêm. Considerando a amostra que recebe visitas (89.2%), podemos diferenciar a regularidade com que as mesmas ocorrem, de maneira a que 48.48% dos participantes recebe visitas 2 ou mais vezes por semana, 39.39 recebe visitas com uma frequência de 1 ou 2 vezes por mês, e 6.06% recebe todos os dias.

Para o estudo, excluíram-se idosos com algum tipo de atraso mental, comprometimento cognitivo severo, portadores de patologias do foro psiquiátrico e neurológico diagnosticadas (demências), participantes com défices visuais moderados a graves, sujeitos que apresentam dificuldades em pegar no lápis devido a sequelas de Acidentes Vasculares Cerebrais ou devido à presença de tremores essenciais e/ou artrite reumatoide nos membros superiores. A presença de diagnóstico de depressão também foi igualmente excluída. Em contrapartida, apenas foram admitidos sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos e residentes na instituição de longa permanência em questão, idosos que apresentam um discurso coerente e que revelam igualmente capacidade de compreensão.

INSTRUMENTOS

De modo a alcançar os objetivos delineados, para além do questionário sócio-demográfico recorreu-se a aplicação do *Mini-Mental Status Examination* (MMSE), sendo que os resultados obtidos com este último instrumento foram identificados como variável dependente.

• **Questionário sociodemográfico**

Este questionário contempla 20 questões que visam recolher um vasto leque de informações sobre os participantes. Assim, contém tópicos de cariz pessoal (e.g. género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico), questões associadas à institucionalização, particularmente o tempo de internamento e se frequenta alguma atividade proposta pela mesma; questão relacionadas com a saúde como a existência de défice sensorial, o grau de dependência tanto física como nas AVD's e se teve algum tipo de vício anteriormente; e por fim, no âmbito de recolher dados sobre o suporte social procura-se saber se o participante tem amigos dentro do Lar, se fala com os seus familiares e se recebe visitas.

• *Mini-Mental State Examination – MMSE*

O instrumento utilizado neste estudo foi a versão portuguesa do Mini-Mental Status Examination, adaptado por Guerreiro e colaboradores em 1993, sendo a versão original de Folstein, Folstein e McHugh, 1975 (Morgado, Rocha, Guerreiro & Martins, 2009). Trata-se de um instrumento muito conhecido e aplicado internacionalmente no rastreio de défices cognitivo em estudos epidemiológicos, assim como na avaliação global das funções cognitivas em ambiente clínico e de investigação (Schultz-Larsen, Morgado, Rocha, Guerreiro & Martins 2009). O MMSE avalia as funções cognitivas de forma global, é um teste breve e de fácil aplicação, que requer cerca de 5 a 10 minutos. É constituído por 30 questões subdivididas em seis domínios cognitivos, sendo eles: orientação (temporal e espacial); retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva. Cada item é pontuado com 0 (resposta incorreta) ou 1 valor (resposta correta), sendo que a pontuação máxima é de 30 valores, correspondendo este último a um bom desempenho cognitivo (Morgado, et al., 2009). Na presente investigação utilizou-se os novos valores normativos estabelecidos por Morgado et al. (2009). Deste modo, considerou-se como apresentando défice cognitivo os sujeitos com 0 a 2 anos de literacia com pontuações iguais ou inferiores a 22; entre 3 a 6 anos de escolaridade pontuações iguais ou inferiores a 24 pontos e 27 pontos para escolaridades iguais ou superiores a 7 anos.

Relativamente às propriedades psicométricas, apresenta boa concordância entre os examinadores, alta fiabilidade teste-reteste (Pezzotti, Scalmana, Mastromattei, & Di Lallo, 2008), consistência interna moderada (Alfa de Cronbach de 0.464) (Morgado et al. (2009), uma sensibilidade de 71-92%, uma especificidade de 56-96%, um valor preditivo positivo de 15-75% e um valor preditivo negativo de 95-99% (Adelman & Daly, 2005). Apesar da sua utilidade na avaliação tanto em níveis de gravidade moderada a severa ou na exclusão de comprometimento cognitivo encontrar-se bem documentada (Thibaut & Steiner, 2004), vários estudos refutam a importância da sua combinação com outros instrumentos (Mitchell, 2009).

PROCEDIMENTO

Num processo inicial solicitou-se a autorização por escrito à Direção da Instituição de Longa Permanência para a aplicação dos questionários, esclarecendo os objetivos da investigação. Os dados foram recolhidos pelo mesmo investigador em formato de entrevista após a obtenção do consentimento informado do participante.

RESULTADOS

Os dados recolhidos foram introduzidos e trabalhados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, no qual recorreu-se a testes não paramétricos, particularmente o t-Student (t) e a ANOVA (F) para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o MMSE e as variáveis sociodemográficas dos diferentes grupos, assumindo para tal intervalo de confiança de 95%. Para averiguar se duas variáveis estão associadas utilizou-se o Coeficiente de correlação de Person (r) (Martins, 2011).

Quanto aos resultados descritivos do MMSE, estes sofrem influência da escolaridade, de maneira a que os pontos de corte estão definidos de acordo com esta variável. A amostra total ($n=37$) apresenta uma média de 20.41 (DP=4.71), com pontuações mínimas de 12 e máxima de 28, no qual foram

identificados um total de 27 (73%) dos 37 participantes com défice cognitivo. No que respeita à análise inferencial, após uma revisão da literatura, formulou-se quatro grupos de hipóteses: o primeiro contém variáveis de cariz mais pessoal como o género, a idade, a escolaridade e o estatuto socioeconómico; o segundo grupo debruça-se nas variáveis associadas à instituição; o terceiro referente às características relacionadas com a saúde e o quarto remete ao suporte social. Seguidamente são expostos em tabelas os resultados estatísticos obtidos bem como uma pequena análise descritiva das mesmas.

Através da análise estatística postulado na Tabela 1 referente ao défice cognitivo segundo as variáveis idade, género, escolaridade estatuto socioeconómico, pode-se verificar a existência de correlação negativa e fraca entre idades avançadas e resultado do MMSE ($r = -.370$, $p = .024$), sendo também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos analfabetos e aqueles que têm escolaridade ao nível do défice cognitivo medido pelo MMSE ($t(35) = -3.62$ $p = .001$).

Tabela 1
Resultados estatísticos do défice cognitivo (MMSE_total) segundo a caracterização sociodemográfica da amostra: Idade, género, escolaridade e estatuto socioeconómico (n=37)

Variável		n	Média (DP)	Estatística de teste	gl	p
Género	Feminino	24	20.08 (4.71)	$t = -.560$	35	.579
	Masculino	13	21.00 (4.85)			
Idade	Inferior a 82	22	-	$r = -.370^*$	-	.024
	Superior a 82	15				
Escolaridade	Com escolaridade	22	22.41 (4.49)	$t = -3.62^{***}$	35	.001
	Analfabeto (a)	15	17.47 (3.37)			
Estatuto socioeconómico	Médio a elevado	8	19.50 (4.25)	$t = -.609$	35	.547
	Baixo a muito Baixo	29	20.66 (4.87)			

Nota: *p <.05; ** p <.01; ***p <.001

Quanto às variáveis independentes associadas à institucionalização, não se verificaram diferenças significativamente estatísticas ao nível o tempo de institucionalização ($F(2.34) = 2.34$, $p = .116$), nem entre a participação ou não nas atividades de entretenimento proporcionadas pelo lar ($t(35) = 1.469$, $p = .151$), levando conseqüentemente, à rejeição da hipótese colocada (cf.Tabela 2).

Tabela 2

Resultados estatísticos do défice cognitivo (MMSE_total) de acordo com às variáveis relacionadas com a institucionalização (n=37)

Variável		N	Média (DP)	Estatística de teste	gl	p
Tempo de Institucionalização	Igual ou inferior a 6 meses	13	21.85 (5.16)	$F = 2.30$	2.34	.116
	1 a 3 anos	13	21.00 (4.25)			
	Igual ou superior a 3 anos	11	18.00 (4.10)			
Frequenta alguma atividade proporcionada pelo Lar	Pratica	18	21.56 (4.68)	$t = 1.469$	35	.151
	Não pratica	19	19.32 (4.60)			

Em termos das variáveis relacionadas com a saúde, o presença de défices sensoriais ($t(35) = 1.24$, $p = .224$), a dependência na realização das AVD's ($F(2.34) = 1.42$, $p = .257$) e o facto de anteriormente os idosos terem tido algum tipo de vício ($t(35) = .324$, $p = .748$) não evidenciaram diferenças significativas no défice cognitivo dos idosos (cf. Tabela 3).

Tabela 2

Resultados estatísticos do défice cognitivo (MMSE_total) mediante às variáveis associadas à saúde (n=37)

Variável		n	Média (DP)	Estatística de teste	gl	p
Défice Sensorial	Sim	32	20.78 (4.60)	$t = 1.24$	35	.224
	Não	5	18.00 (5.24)			

Grau de dependência nas AVD's	Completamente autônomo	21	21.43 (4.77)	$F = 1.42$	2.34	.257
	Algum grau de dependência	8	19.88 (3.56)			
	Dependente	8	18.25 (5.26)			
Vício Anterior	Sim	18	20.67 (4.47)	$t = .324$	35	.748
	Não	19	20.16 (20.16)			

Por fim, também não foram apurados dados estatisticamente significativos entre as variáveis relativas ao suporte social e o déficit cognitivo, isto é, a ausência ou contacto frequente com os seus familiares ($t(35) = 1.395$, $p = .172$), a maior ou menor frequência das visitas recebidas pelos participantes ($F(5,31) = 1.001$, $p = .433$), e ter ou não ter amigos dentro do lar ($t(35) = -.269$, $p = .789$), não determinam por si só o déficit cognitivo.

Tabela 3

Resultados estatísticos do déficit cognitivo (MMSE_total) face às variáveis independentes associadas ao suporte social (n=37)

Variável	n	Média (DP)	Estatística de teste	gl	p	
Contacto frequente com os seus familiares	Sim	29	20.97 (4.94)	$t = 1.395$	35	.172
	Não	8	18.38 (3.25)			
	Todos os dias	2	19.00 (4.24)			
Frequência das visitas recebidas	1 vez por semana	11	19.27 (5.10)	$F = 1.001$	5.31	.433
	2 ou mais vezes por semana	5	24.00 (4.24)			
	1 ou 2 vezes por mês	13	21.08 (4.70)			
	1 ou 2 vezes por ano	2	19.00 (1.41)			
	Nunca	4	18.25 (4.86)			
Dentro do Lar tem amigos	Sim	28	20.29 (4.88)	$t = -.269$	35	.789
	Não	9	20.78 (4.38)			

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Primeiramente, relativamente à caracterização da nossa amostra os resultados deste estudo sugerem que a maioria dos idosos é do sexo feminino, apresentam idades superiores a 82 anos, baixa escolaridade, estatutos socioeconómicos baixos, antigas profissões muito ligadas ao ramo da indústria fabril, e com problemas de saúde, em particular elevada percentagem de idosos exibe défices sensoriais e algum comprometimento nas AVD's. Estes dados para além de corroborar com as causas que levam ao internamento da pessoa idosa numa instituição de longa permanência (Davim, Torres, Dantas & Lima, 2004), também são frequentemente referidos em diversos estudos como fatores que aumentam o risco de comprometimento cognitivo nos idosos (Baltes, 1987; Wajman & Bertoluc, 2010). Assim, estes fatores tal como o próprio contexto institucional da amostra poderão estar intimamente associados os resultados do presente estudo, que permitiu observar um número substancial de casos com déficit cognitivo, isto é, 27 participantes da totalidade de 37, alcançando uma média total de 20.41.

Os resultados obtidos nesta investigação em relação às variáveis inerentes às características pessoais da amostra, embora não tenham sido não detetadas diferenças estatisticamente significativas entre o género e o estatuto socioeconómico, verificam-se que maiores défices cognitivos estão associados ao sexo feminino e a estatutos socioeconómicos baixos. Quanto à variável género, os resultados alcançados corroboram com os estudos de Maia e colaboradores (2012) e Soares, Coelho & Carvalho (2012) que, ao realizarem um estudo com uma amostra de 57 idosos institucionalizados também não apuraram diferenças estatisticamente significativas em termos de declínio cognitivo medido pelo MMSE segundo o género, apesar de observarem, igualmente, que foram as mulheres a apresentar um maior declínio cognitivo. Todavia, contrariamente à bibliografia existente (Baltes, 1987; Oliveira, 2010) na nossa amostra de idosos institucionalizada o estatuto socioeconómico não revelou ter impacto no déficit cognitivo. Estes dados poderão basear-se na ausência de discrepância entre os estatutos socioeconómicos dos participantes em estudo. Apesar de se tentar distinguir os sujeitos que tinham mais posses do que os outros, esta diferença acabou por ser pouco discriminativa, pois trata-se

de uma amostra de idosos residentes numa IPSS e como tal à partida caracterizam-se, na sua generalidade, por terem baixos estatutos socioeconómicos e por terem vivido anteriormente em situações precárias.

O nosso estudo apurou uma correlação negativa entre a idade avançada e o resultado do MMSE, refletindo assim maior défice cognitivo à medida que a idade aumenta. Analogicamente o estudo de Soares *et al.*, (2012) perante uma amostra institucionalizados também observou que a idade avançada está negativamente associada com o desempenho do MMSE. Os mesmos dados foram obtidos no estudo de Garcia (2013) que após um ano, através do MMSE e da Escala de Deterioração Global verificou diferenças significativas, apresentando os participantes um maior declínio cognitivo quando comparado com o primeiro momento de avaliação. Assim, os estudos frisam a tendência de maior deterioro cognitivo à medida que a idade avança (Salthouse, 1990), já que maior longevidade está associada a maiores problemas de saúde, influenciando por sua vez a capacidade cognitiva da pessoa idosa (Baltes & Mayer, 1999).

De acordo com as investigações desenvolvidas, perante a presente amostra detetou-se diferenças significativas entre os participantes com escolaridade e os analfabetos, apresentando este último grupo uma maior incidência de deterioro cognitivo. Estes dados vão ao encontro do estudo de Falcão, Santo, Matreno, Fermino, & Guadalupe (2012) e Delgado *et al.* (2001) que através do MMSE, verificaram junto dos idosos institucionalizados que a escolaridade exibe um papel protetor no défice cognitivo. Atendendo a uma visão mais qualitativa, grande parte da amostra frequentou a escola, o que contribui para o aumento da reserva cognitiva (Stern, 2006) exibindo estes participantes menor risco de desenvolver demências quando comparadas com as pessoas com baixa escolarização (Carret, *et al.*, 2010; Ngandu, *et al.*, 2007)

No que acomete às variáveis associados à institucionalização, apesar das pontuações médias revelarem uma propensão para maior deterioro cognitivo em participantes que se encontram há mais tempo na instituição e naqueles que não praticam nenhuma atividade de sociocultural e entretenimento proporcionada pelo Lar, a análise dos resultados evidenciou que estas duas variáveis não influenciaram os resultados do MMSE. Segundo a questão se o tempo de institucionalização influencia o deterioro cognitivo da pessoa idosa, parece ainda não estar bem clara na literatura. De acordo com os resultados do MMSE, Soares *et al.* (2012), não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de institucionalização e o défice cognitivo, corroborando estes dados com o nosso estudo. Porém, Oliveira (2010) encontrou diferenças estatisticamente significativas, afirmando que quanto maior o tempo de institucionalização maior o grau deterioração do idoso, levando a um aumento de incapacidades físicas e mentais. Por meio de diversos estudos epistemológicos pôde-se verificar que independentemente do tempo de institucionalização o comprometimento cognitivo tende a se agonizar à medida que os anos passam, isto é à medida que a idade avança (Baltes & Mayer, 1999; Banhoto e Nascimento 2007; Garcia, 2013; Salthouse, 1999; Soares *et al.*, 2012). Deste modo, a institucionalização nunca pode ser encarada como o único factor propulsor do declínio cognitivo, mas sim a junção de um conjunto de fatores tais como as condições de saúde, até porque os participantes da nossa amostra que se encontram há mais tempo na instituição são também caracterizados pela grande predominância de idades avançadas. Em relação aos resultados não significativos obtidos entre a participação das atividades e o défice cognitivo, não foi encontrada informação que corroborasse com os dados obtidos, visto que, são vários os estudos epistemológicos que afirmam que a ausência ou a fraca participação em atividades socioculturais e de entretenimento levam a um maior comprometimento cognitivo nos idosos (Scarmeas *et al.*, 2001; Wang, *et al.*, 2002).

Similarmente também as variáveis associadas à saúde, isto é, a presença de défices sensoriais, a dependência nas AVD's e o facto de anteriormente terem algum tipo de vício, parecem não ter impacto no défice cognitivo dos idosos institucionalizados, pois não foram anunciadas diferenças estatisticamente significativas. Estes dados vão contra os correlatos existentes na literatura (Baltes & Mayer, 1999; Caramelli & Barbosa, 2002; Duarte, *et al.*, 2006; Oliveira, 2010). Neste sentido, relativamente às pontuações médias da variável presença de défice sensorial, verificou-se na nossa amostra ser os participantes que não apresentam défices sensoriais que exibem maior défice cognitivo. Invocando a uma visão mais qualitativa retirada da aplicação dos protocolos da amostra, foi possível verificar que os participantes com défices sensoriais, cientes das suas dificuldades, apresentaram um maior empenho e interesse, demonstrando igualmente maior grau de concentração e atenção durante as tarefas que lhes eram exigidas de modo a alcançar uma boa prestação, contrariando a postura pouco interessada dos participantes que não tinham défices cognitivos. Neste sentido a teoria SOC, proposta por Baltes e colaboradores (Baltes, 1987; Baltes & Baltes, 1990) poderá explicar de forma geral este equilíbrio entre as perdas e os ganhos, na qual provavelmente estes participantes com défices recorreram a estratégias cognitivas alternativas. Outro fenómeno que não pode ser ignorado deve-se ao facto de apenas cinco participantes em estudo afirmarem que não apresentam défices, face aos 32 que manifestam défices, sendo os défices de visão e de audição os mais prevalentes entre os participantes.

Por fim, numa atitude mais exploratória procurou-se verificar se também na nossa amostra o suporte social tem impacto no deterioro cognitivo tal como o referido na literatura (Seman *et al.*, 2001). Porém, não foram encontradas diferenças significativas nas variáveis independentes em estudo, de maneira a que a ausência ou o contacto com os familiares, a maior ou menor frequência das visitas recebidas pelos participantes e ter ou não ter amigos dentro do lar não influenciam o défice cognitivo.

Em síntese, através deste estudo foi possível caracterizar e comparar, de modo geral, o deterioro cognitivo de uma população geriátrica institucionalizada. Da análise estatística de todas as variáveis sociodemográficas em estudo, embora os resultados só tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas ao nível do défice cognitivo em analfabetos e uma correlação negativa entre idades avançadas e resultado do MMSE, os resultados descritivos expressam uma tendência para maior grau de deterioro cognitivo entre o género feminino, estatuto socioeconómico baixo a muito baixo, maior tempo de institucionalização, a não participação nas atividades socioculturais e de entretenimento, idosos dependentes na realização das AVD's, participantes que não mantêm contacto frequente com os seus familiares, menor frequência das visitas recebidas e o facto de não ter amigos dentro do Lar. Assim, conclui-se que a idade avançada e o analfabetismo são identificados como possíveis fatores de risco no deterioro cognitivo desta amostra de idosos institucionalizados, estando estes dados em concordância com a literatura consultada.

BIBLIOGRAFÍA

Adelman, A. M. & Daly, M. P. (2005). Initial evaluation of the patient with suspected dementia. *American Family Physician*, 71 (9), 1745-50.

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares. Aspetos e contextos da qualidade de vida*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Argimon, I. I. L., Bicca, M., Timm L. A. & Visan, A. (2006). Funções executivas e avaliação de flexibilidade de pensamento em idosos. *Revista brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3 (2), 35-42.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of Life-Span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology – American Psychological Association*, 23 (5), 611-626.

Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Banhoto, E. F. C. & Nascimento, E. (2007). Funções executivas em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III. *Psico-USF*, 12 (1), 65-73.

Caramelli, P. & Barbosa, M.T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), 7-10.

Carret, N., Lafort, S., Letenneur, L., Dartigues, J. M., Mayo, W. & Fabrigoule, C (2010). The Effect of Education on Cognitive Performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve. *Developmental Neuropsychology*, 23 (3), 317-337.

Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M. & Lima, V. M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12 (3), 518-524.

Delgado, R. G., Munoz, L. A. Z., Sanchez, J. C. P. Pozo, A. H., Zamorano, R. D. G. & Osorio (2001). Estudo del deficit cognitivo en pacientes ingresados en una residencia geriátrica. *Medicina General*, 38, 792-796.

Duarte, Y. A., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2006). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41 (2), 317-125.

Falcão, D., Santo, H. E. Matreno, J., Fermino, S., & Guadalupe, S. (2012). Envelhecimento e funcionamento cognitivo: o papel da escolaridade e profissão, In A. Rodrigues & C. Freitas (coord.), I Congresso Internacional de Gerontologia Social dos Açores – Problemáticas e desafios. Construção duma nova realidade (pp 116-119), Açores: Universidade dos Açores – escola Superior de Enfermagem de Angra do heroísmo.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento uma abordagem psicológica* (2 Eds.). Lisboa: Universidade Católica Editores (Campus do Saber).

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores. Foroni, P. M. & Santos, P. L. (2012). Fatores de risco e proteção associados ao declínio no envelhecimento – revisão sistemática de literatura. *Ver Bras Promoç Saúd*, 25 (3), 364-373.

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *IGT na Rede*, 5 (8), 1.

Freitas, S., Alves, L., Simões, M.R. & Santana, I. (2013). Importância do Rastreio Cognitivo na População Idosa. *Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 3 (1), 4-24.

Garcia, A. B. (2013). *Evaluación y seguimiento del estado cognitivo y afectivo de una muestra de personas mayores institucionalizadas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade da Coruña – Facultad de Ciencias de la salud y Dña, Coruña.

Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In D. R. Riddle (Ed.), *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms* (Cap. 1, pp 3-20). Winston-Salem: Boca Raton (FL): CRC Press.

Guidetti, A., & Pereira, A. (2008). A importância da comunicação na socialização dos idosos. *Revista de Educação*, XI, 119-136.

Lima, M. (2010). *Envelhecimento (s)*. Coimbra: Imprensa da universidade de Coimbra.

Lima, R. H. & Cammarota, M. P. (2012). Atualizações em memória e envelhecimento. In C. H. A. Schwanke, G. A. Carli, I. Gomes, & Z. C. L. Lindôso (Orgs), *Atualizações em geriatria e gerontologia Iv: Aspectos demográficos, biopsicossociais e clínicos do envelhecimento* (Cap. 5, pp. 81-95.) Porto Alegre: Edipucrs.

Maia, L., Matos, M., Correia, C., Machado, M. & Silva, C. F. (2012). *Screening cognitivo através do MMSE em 82 idosos institucionalizados de duas dependências da Santa Casa da Misericórdia do Fundão – Cova da Beira*. Acedido em <http://www.portaldapsicologia.pt/engine.php?id=532>

Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Martins, R., M., L. (s.d.). Envelhecimento e políticas sociais. Universidade de Taubaté. Acedido em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/10.pdf>

Mitchell, A. J. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (4), 4111-431.

Morgado, J., Rocha, C., Guerreiro, C. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. Laboratório de Estudos de Linguagem, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa. 9(2), 19-25.

Ngandu, T., Strauss, V. E., Helkala, E. L., Winblad, B., Nissinem, A., Tuomilehto, J., (...) Kivipelto, M. (2007). Education and Dementia. *Neurology*, 69(14), 1442-1450.

Oliveira, P. H. (2010). *Características sociodemográficas, deficit cognitivo e capacidade funcional de idosos institucionalizados, MT*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Brasil.

Parente, M. A. M. P. & Wagner, G. P. (2009). Teorias abrangente sobre envelhecimento cognitivo. In M. A. M. P. Parente & cols., *Cognição e envelhecimento* (Cap. 2, pp. 31-45). Porto Alegre: Artmed.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca, *Envelhecimento em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.

Perlini, N. M. O. G., Leite, M. T. & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Ver Esc Enferm USP*, 41 (2), 229-236.

Pezzotti, P., Scalmana, S., Mastromattei, A. & Di Lallo, D. (2008). The accuracy of the MMSE in detecting cognitive impairment when administered by general practitioners: A prospective observational study. *BMC Family Practite*, 9 (29). Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/9/29>

Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Salthouse, T. A. (1999). Theories of cognitive. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Ed), *Handbook of Theories of Aging* (Cap. 11, pp. 196-208). New York: Springer Publishing Company.

Santos, P. L. D. F. C. (2002). *A depressão no Idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. (2 ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Scarmeas, N., Levy, M. D. Tang, M.-X., Manly, L. & Ster, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's Disease. *Neurology*, 57, 2236-2242.

Schultz-Larsen, K., Kreiner, S., & Lomholt, R. (2007). Mini-Mental Status Examination: Mixed Rasch model item analysis derived two different cognitive dimensions of the MMS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 268-279.

Seeman, T. E. Lusignolo, T. M. & Berkman, L. (2001). Social Relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur Studies of Successful Aging [Abstract]. *Health Psychology*, 20 (4), 243-255, 2001

Soares, E., Coelho, M. O. & Carvalho, S. M. R. (2012). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Revista Kairós gerontológica*, 15, (5), 117-139.

Stern, Y. (2006). Cognitive Reserve and Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20, 112-117.

Thibaut, J. M. & Steiner, R. W. P. (2004). Efficient identification of adults with depression and dementia. *American Family Physician*, 70 (6), 1101-1110.

Wajman, j. & Bertolucci, P. (2010). Intellectual demand and formal education as cognitive protection factors in Alzheimer´s disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 4 (4), 320-324.

Wang, H.-X. Karp, A. Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a de-creased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1081-1087.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B (...) Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.

Zamora, Z., E., H. (2011). La Gestalt: Una alternativa para el trabajo psicoterapêutico grupal com adultos mayores. In Fernando Q. (coord.), *Atención psicológica de las personas mayores: investigación y experiencias en psicología del envejecimiento*. México: Editorial Pax México.