



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**Relação entre Independência Funcional, Memória Subjetiva e
Tomada de Decisão em Idosos Institucionalizados e Não
Institucionalizados**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Márcia da Conceição Moreira Pereira



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Relação entre Independência Funcional, Memória Subjetiva e Tomada de Decisão em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Márcia da Conceição Moreira Pereira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**
Co-Orientação do Mestre **Domingos Júlio Gomes
Alves Ferreira**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2014

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a contribuição de algumas pessoas, às quais quero expressar o meu sincero agradecimento:

À Professora Doutora Eleonora Costa que me aceitou como sua orientanda.

Ao Doutorando Domingos Ferreira, que me aceitou como sua coorientanda, pelo seu apoio e compreensão ao longo deste processo e, nos momentos mais difíceis, sempre acreditou em mim e transmitiu-me força para continuar.

À Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, que me abriu as portas à investigação, permitindo-me aceder livremente aos seus utentes e confiando em mim para a realização da investigação.

Aos participantes que carinhosamente me acolheram e aceitaram veementemente a participação na investigação.

Aos meus pais, ao meu irmão e à minha tia, pelo amor incondicional que os levaram a acreditar cegamente na minha força para vencer esta batalha, que os levaram a orgulharem-se de mim, e apesar das adversidades que surgiam sempre me apoiaram e nunca permitiram que desistisse do meu sonho.

Ao meu marido, que sempre me apoiou e compreendeu, mesmo quando os dias eram difíceis para ambos, e por nunca ter deixado de acreditar em mim.

À minha cunhada e aos meus sobrinhos pelos bons momentos que me proporcionaram quando me sentia sem forças para continuar.

Aos meus sogros e ao meu cunhado, por me ajudarem e incentivarem para que lutasse por mais esta conquista na minha vida.

A todos, o meu mais sincero Obrigada!

Resumo

O presente estudo pretendeu avaliar até que ponto existe uma interdependência entre dependência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão na população idosa. O tema em apreço reveste-se de extrema importância devido ao crescente envelhecimento da população, principalmente numa fase de decadência em que existe dependência funcional, ausência de memória e perda de autonomia na tomada de decisão. Foi com base nesta problemática que se ambicionou avaliar a relação entre estas três variáveis. O estudo incidiu sobre uma amostra de 104 utentes idosos da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso (Lar S. José e Serviço de Apoio Domiciliário), sendo que, para o efeito realizou-se um questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra, assim como se procedeu à aplicação das escalas Índice de Barthel (IB) (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010) e Escala de Queixas Subjetivas de Memória (QSM) (Schmand et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Ginó et al., 2001) e ainda uma tarefa específica para Tomada de Decisão (Dror et al., 1998). Os resultados obtidos apontam para a existência de uma relação entre as três variáveis em estudo, sendo que, quanto maior a independência funcional, melhor é a memória subjetiva e maior é a rapidez na tomada de decisão. Verificou-se também que os idosos institucionalizados apresentam menor independência funcional, menor memória subjetiva e menor rapidez na tomada de decisão do que os idosos não institucionalizados. Quanto ao nível de escolaridade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à independência funcional e memória subjetiva, sendo que existem diferenças na rapidez de tomada de decisão. Por fim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente à memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão, existindo apenas diferenças no que concerne à independência funcional.

Palavras-chave: Independência funcional, memória subjetiva, tomada de decisão.

Abstract

The following study was conceived with the purpose of evaluate the extent to which there is interdependence between functional dependency, subjective memory and decision making in the elderly population. The topic at hand is of extreme importance due to the increasing aging population, especially in a period of decadence in which there is functional dependence, lack of memory and loss of autonomy in decision making. Based on this issue, we were committed to evaluate the relationship between these three variables. The study focused on a sample of 104 elderly hosted at the Lar de S. José and Nursing Home of the Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso. For this purpose, a sociodemographic questionnaire was undertaken to characterize the sample. Simultaneously, we used the Barthel Index (BI) (Mahoney & Barthel, 1965; portuguese version adapted by Sequeira, 2007; 2010) and the Subjective Memory Complaints Scale (QSM) (Schmand et al., 1996; Portuguese version adapted by Ginó et al., 2001) and a specific task for Decision Making (Dror et al., 1998). The results point to the existence of a relationship between the variables in study. We verified that higher functional independence is related to better subjective memory and faster decision making. We was also found that the institutionalized elderly have less functional independence, less subjective memory and less speed in decision making than non-institutionalized elderly. Regarding level of education, there were no statistically significant differences in relation to functional independence and subjective memory, but there are differences in the speed of decision making. Finally, there were no statistically significant gender differences regarding subjective memory and speed in decision making, existing only differences regarding functional independence.

Keywords: *Functional independence, subjective memory, decision making.*

Índice

Introdução	11
Parte I.....	14
Conceptualização Teórica.....	14
Capítulo I.....	15
1.1. Conceito se (In) Dependência Funcional.....	15
1.2. Fatores determinantes da (In) Dependência Funcional.....	18
1.3. Capacidade Funcional.....	20
1.4. Avaliação Funcional Multidimensional.....	21
Capítulo II.....	24
Memória Subjetiva.....	24
2.1. Definição de Memória.....	24
2.2. Tipos de Memória.....	25
2.3. Memória e o Processo de Envelhecimento.....	27
2.4. Intervenção na Memória – Impacto na Memória Subjetiva	29
Capítulo III.....	34
Tomada de Decisão.....	34
3.1. Capacidade de Tomada de Decisão em Idosos.....	34
3.2. Intervenientes no Processo de Tomada de Decisão.....	38
3.3. Avaliação da Capacidade de Tomada de Decisão.....	40
Parte II.....	43
Estudo Empírico	43
Capítulo IV.....	44
Método	44
4.1. Hipóteses e Variáveis.....	44
4.1.1. Hipótese 1.....	44

4.1.2. Hipótese 2.....	45
4.1.3. Hipótese 3.....	45
4.1.4. Hipótese 4.....	45
4.2. Desenho do Estudo.....	46
4.3. Participantes.....	46
4.4. Instrumentos e Material.....	48
4.4.1. Ficha de Identificação e Caracterização Sociodemográfica	49
4.4.2. Índice de Barthel (IB).....	49
4.4.3. Escala de Queixas Subjetivas de Memória (QSM).....	51
4.4.4. Tarefa para Avaliação dos Processos de Tomada de Decisão	53
4.5. Procedimento de Recolha e Análise dos Dados.....	55
4.6. Resultados.....	56
4.6.1. Estudo da Independência Funcional	56
4.6.2. Estudo da Memória Subjetiva.....	57
4.6.3. Estudo da Tomada de Decisão.....	58
4.6.4. Teste de Hipóteses.....	60
4.6.4.1. Hipótese 1	60
4.6.4.2. Hipótese 2.....	61
4.6.4.3. Hipótese 3.....	63
4.6.4.4. Hipótese 4.....	64
Capítulo V.....	67
Discussão dos Resultados.....	67
5.1. Hipótese 1.....	67
5.2. Hipótese 2.....	69
5.3. Hipótese 3.....	71
5.4. Hipótese 4.....	73
Conclusão.....	76

Referências Bibliográficas.....	78
Anexos.....	97

Índice das Tabelas

Quadro 1 – Características Sociodemográficas dos Participantes.....	47
Quadro 2 – Resultados da Análise da Consistência Interna do Índice de Barthel.....	50
Quadro 3 - Resultados da Análise da Consistência Interna do QSM.....	52
Quadro 4 – Resultados das Componentes do Índice de Barthel.....	57
Quadro 5 - Resultados das Componentes do QSM.....	58
Quadro 6 - Resultados das Componentes da Tarefa de Tomada de Decisão.....	59
Quadro 7 – Estatística Descritiva dos Resultados dos Instrumentos.....	60
Quadro 8 – Coeficientes de Correlação de <i>Spearman's rho</i>	61
Quadro 9 – Resultados do Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i>	62
Quadro 10 – Resultados do Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	63
Quadro 11- Resultados do Teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i>	65

Índice dos Anexos

Anexo I.....	98
Consentimento Informado.....	98
Anexo II.....	101
Questionário Sociodemográfico.....	101
Anexo III.....	104
Índice de Barthel (IB).....	104
Anexo IV.....	107
Queixas Subjetivas de Memória (QSM).....	107
Anexo V.....	110
Folha de Resultados da Tarefa de Tomada de Decisão.....	110
Anexo VI.....	112
Autorização para a Utilização dos Instrumentos.....	112

Introdução

O envelhecimento tornou-se num dos grandes flagelos das economias contemporâneas, sendo que surgem muitas vezes problemas relacionados com a derradeira etapa da vida. O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública mundial. Incompreendida por muitos, tolerado por outros, a velhice é algo que não podemos fugir, como tal, temos que encarar esta etapa com algum conhecimento das suas consequências (Manning, 2005). A dependência é uma das primeiras consequências do envelhecimento, mas por vezes existem situações em que não está latente. Nas situações em que não se encontra vigente, surgem problemas de isolamento e profundo desgaste psicológico do idoso, porque a família e a sociedade não o respeitam nem lhe dão a devida atenção, e em muitos casos chegam mesmo ignorá-lo (Cancela, 2007). O aumento da esperança de vida foi um dos grandes avanços do homem, mas não chega só atingir esse marco e apregoá-lo, também é necessário preparar a sociedade para este fenómeno. Temos de encontrar os meios para incorporar os idosos na nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar as novas tecnologias, com inovação e sabedoria, com o fim de alcançar, de forma justa e democrática, a igualdade de todos os cidadãos (Firmino et al., 2006).

A velhice, além do desgaste físico, tem também efeitos ao nível do estado psíquico do idoso, situação que interessa abordar com mais profundidade de forma a perceber os seus contornos (Manning, 2005). O presente estudo debruça-se sobre a ligação entre a independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Por independência funcional entende-se a capacidade de realizar algo com os próprios meios. Encontra-se associada à mobilidade e à capacidade funcional, nas quais um indivíduo não necessita de ajuda para a concretização das atividades do quotidiano, ou seja, a independência pressupõe condições motoras e cognitivas aceitáveis para o desempenho destas tarefas (Neri, 2001).

O conceito de capacidade funcional consiste na capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma.

Sendo assim, de acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém a sua autonomia e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar as atividades de vida diárias, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas (Del Duca et al., 2009). Segundo Santos e seus colaboradores (2007), a capacidade funcional está associada a vários fatores como a presença de deficiências, fatores sociodemográficos, comportamentais e psicossociais. Nesse sentido, os idosos com uma faixa etária mais elevada apresentam mais limitações funcionais, por isso, maior prevalência de incapacidade funcional. Os idosos com baixo nível de escolaridade e de classes mais desfavorecidas mostram maior dependência funcional. Quanto aos níveis de educação e condições socioeconômicas, quando são baixos, há maior probabilidade de risco de deficiência e morte (Santos et al., 2007).

A própria senescência causa um decréscimo na capacidade funcional, que se torna mais visível a partir dos 75 anos e que traz algumas restrições ao idoso (Veras, 2002). A memória é uma função cognitiva complexa formada por diferentes componentes que se relacionam entre si e evolui graças à íntima relação entre aspectos biológicos e sociais (Guerreiro, 2010). Esse desenvolvimento inicia-se logo à nascença onde, após esta fase, a memória representa uma das principais funções mentais e determina a forma como o indivíduo se irá desenvolver ao longo da vida. É através dessa função que o passado se torna presente, permitindo que as ações sejam flexíveis e que os indivíduos possam lidar de forma adequada com os problemas do dia-a-dia (Santos et al., 2012).

Na terceira idade a memória começa a ter sérios problemas, muitos deles que derivam da depressão, maioritariamente causada pelo isolamento e abandono. O envelhecimento como já foi referido, traz algumas consequências, mas em alguns casos, não se verifica uma perda do desempenho cognitivo nem queixa de comprometimento de memória (Guerreiro, 2010). No entanto, existe um número significativo de idosos que, embora não apresentem comprometimento objetivo da memória, queixam-se frequentemente do seu desempenho mnésico nas atividades da vida diária. Torna-se importante estudar estes idosos, e achar a origem do problema, uma vez que em alguns casos, desenvolvem-se patologias bem mais graves para a memória, como são exemplos a demência e em última instância a doença de Alzheimer (Soares, 2006).

A tomada de decisão constitui uma função complexa que compreende um julgamento e uma escolha entre diversas alternativas. A vida em sociedade é feita de escolhas, onde todos os dias somos confrontados com múltiplos caminhos a seguir, independentemente da idade. Nesse sentido, a opinião do idoso deve ser considerada na tomada de decisão (Wagner et al., 2009). Todos estes aspetos (independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão) parecem ser afetadas pelo envelhecimento, no entanto nesta investigação pretendemos averiguar a sua interdependência.

Estruturalmente, o presente trabalho divide-se em duas partes, sendo a primeira relativa à conceptualização teórica dos constructos em análise e a segunda diz respeito à descrição do estudo empírico que operacionaliza e relaciona os constructos descritos na conceptualização teórica. Assim, inicialmente este trabalho conceptualiza o conceito de independência funcional, os seus fatores determinantes, capacidade funcional e a avaliação funcional multidimensional. De seguida conceptualiza a memória subjetiva, define memória, os tipos de memória, a memória e o processo de envelhecimento e a intervenção na memória e o seu impacto na memória subjetiva. Por fim, a conceptualização teórica termina com um capítulo referente à capacidade de tomada de decisão em idosos, os intervenientes no processo de tomada de decisão e a avaliação da capacidade de tomada de decisão.

Na parte do estudo empírico, nomeadamente no capítulo referente ao método, é descrita toda a metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho, sendo concetualizada a amostra e descritos os instrumentos e os procedimentos utilizados na investigação. As hipóteses orientadoras do trabalho são também descritas no mesmo capítulo, especificando-se as variáveis em estudo. Por fim, o capítulo relativo ao método acaba com a testagem das hipóteses e com a apresentação dos resultados encontrados. No último capítulo são discutidos os resultados descritos no capítulo referente ao método, sendo explicados à luz da conceptualização teórica efetuada inicialmente acerca dos fenómenos em análise.

Parte I
Conceptualização Teórica

Capítulo I

Independência Funcional

Hoje em dia, observa-se, a nível mundial um aumento da população idosa e, considerando que a decadência da capacidade funcional aumenta com a idade, todos nos devemos empenhar no sentido de precaver a dependência física e adiá-la o maior tempo possível, para que a pessoa idosa possa conviver por mais tempo no seu contexto familiar (Paschoal, 1999). O processo de envelhecimento não deve ser considerado exclusivamente a nível cronológico, uma vez que outros fatores também influenciam diretamente este processo (Mazo, Lopes & Benedetti, 2004). Envelhecer com saúde, autonomia e independência estabelece, nos dias de hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com importância expressiva no desenvolvimento económico de todos os países (DGS, 2004).

Nos idosos, promover a autonomia e a independência tem enormes repercussões na qualidade de vida. De facto, um modo de medir a qualidade de vida do idoso, é precisamente estimar o grau de autonomia e independência com que este concretiza as tarefas do seu dia-a-dia (Santos, 2000). Assim, este capítulo incide na independência funcional, iniciando com a especificação do conceito de (in)dependência funcional. Em seguida descrevem-se os fatores determinantes da (in)dependência funcional. A capacidade funcional é também descrita neste capítulo. Por fim, aborda-se a avaliação funcional multidimensional.

1.1. Conceito de (in)dependência funcional

Na perspetiva de apontar e quantificar o estado funcional do sujeito, nasceu o conceito de independência funcional, conceito este que tem evoluído ao longo do tempo enquanto constructo complexo que junta várias dimensões. Segundo Santos (2000) independência constitui a qualidade de gozar de liberdade e autonomia, por oposição à dependência que é determinada como a ausência de autonomia e independência acarretando um estado de obediência.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989), incapacidade incide na restrição ou carência de habilidade para concretizar uma atividade de modo considerada normal para qualquer indivíduo. Ramos (2003) afiança que a capacidade funcional aparece como um novo padrão de saúde, individualmente proeminente para o idoso. De acordo com esta nova visão, o envelhecimento saudável é consequência da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para o mesmo autor, a perda de um ente querido, dificuldades econômicas, uma doença incapacitante, um distúrbio mental ou um desastre, são episódios quotidianos que podem comprometer a capacidade funcional de um sujeito.

Loureiro (2007) refere que a dependência não é uma característica pessoal, antes traduz a relação com o outro. O mesmo acontece relativamente á independência, pois na mesma pessoa podemos encontrar parâmetros quer de dependência quer de independência. Daí provém o conceito de capacidade funcional como a capacidade para conservar as capacidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma (Veras, 2002). Neste sentido, independência significa conseguir efetuar tarefas da vida diária sem auxílio, enquanto a dependência é apresentada como a incapacidade da pessoa funcionar suficientemente sem ajuda de outrem, ou de equipamentos, que lhe permitam um ajustamento, sendo determinada por acontecimentos biológicos, socioculturais e psicológicos (Diogo, 2000).

A independência funcional é determinada pela capacidade de concretizar algo pelos seus próprios meios. Encontra-se relacionada com a mobilidade e com a capacidade funcional, onde o sujeito não necessita de auxílio para a execução das tarefas da vida diária, isto é, a independência pressupõe qualidades motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho destas tarefas (Neri, 2001). Para os idosos, uma qualidade de vida associada a um nível de saúde satisfatório pode ser explicada pela probabilidade de desempenhar as suas tarefas diárias adequadamente, sentir-se bem e viver de forma independente (Spidurso & Cronin, 2001).

Giatti e Barreto (2003) determinaram, numa pesquisa sobre saúde, trabalho e envelhecimento, que a saúde, e em particular os indicadores de autonomia e mobilidade física, são fatores que predizem a permanência na vida ativa em idades mais avançadas. A avaliação da independência funcional nas pessoas idosas tem vindo a ser considerada

um bom indicador da qualidade de vida associada à saúde, pois a performance nas tarefas diárias permite que os profissionais de saúde possuam uma perspectiva mais ampla do comprometimento com a saúde e sequelas das doenças (Masoudi, Rumsfeld, Havranek, House, Peterson, Krumholz, et al., 2004). O processo incapacitante induz condições crônicas, que abarcam fatores de risco, demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, comportamentais assim como estilos de vida e características biológicas dos indivíduos (Brasil, 2006).

No momento em que se discute o processo incapacitante, convém também distinguir autonomia de independência e dependência. A autonomia pode ser determinada como autogoverno e expressa-se na liberdade para operar e adotar decisões; a independência constitui o facto de ser capaz de concretizar as atividades sem ajuda de outrem; e a dependência acontece no momento em que a pessoa não consegue realizar as atividades diárias sem o auxílio de outra pessoa (Brasil, 2006). Na área da gerontologia, a saúde da pessoa idosa é percebida enquanto interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica (Miller, et al., 2000).

Neste sentido, a capacidade funcional pode avaliar a saúde do idoso, funcionando como um indicador de extrema importância. Quando o idoso perde a capacidade funcional revela dependência que pode ser causada por doença, uso de medicamentos, trauma ou pelo processo contínuo do envelhecimento. Para Miller e colaboradores (2000), mais do que saber a idade ou as doenças que estejam a acompanhar o processo de envelhecimento, importa saber o que o idoso é capaz de realizar. Existem vários fatores que desempenham uma função de extrema importância para a sobrevivência do ser humano, dos quais a maioria são atividades rotineiras, e as pessoas são capazes de concretizar essas funções diariamente (Miller, et al., 2000).

De acordo com Stineman e colaboradores (1996) estas funções vitais ou atividades diárias podem ser decompostas em funções de autocuidado em ambiente doméstico (e.g., beber e comer, tomar banho e aprontar-se, vestir-se e despir-se, ter controlo vesical e das fezes, exercer a sexualidade, cozinhar, manter a casa limpa, tomar os seus remédios), habilidades instrumentais (e.g. atividades realizadas em contexto social como fazer compras, resolver assuntos como ir ao banco e administrar interesses financeiros e legais), funções relacionadas à mobilidade no ambiente doméstico (e.g. deslocamentos da pessoa no interior da sua residência - mexer-se na cama, ser capaz de

realizar transferências como sair da cama para a cadeira, andar sem ajuda de dispositivos como bengalas e andarilhos, independentemente de a superfície ser plana ou não; ter equilíbrio) e funções mentais (e.g. funções que abrangem a audição, a visão, a orientação, a atenção, a memória, a linguagem que inclui a fala e os gestos, a percepção espacial, a organização, o uso de telefones, a utilização da escrita e da leitura e a capacidade de supervisão de outras pessoas em atividades de autocuidado e nas necessidades de mobilidades).

A independência funcional é denominada como a capacidade de alcançar sem auxílio de outra pessoa todas as funções fulcrais apresentadas anteriormente. Néri e Sommerhalder (2002, p.134) afirmam que “a vivência de uma incapacidade funcional – seja de nível físico, psicológico ou cognitivo - motiva a necessidade de um cuidador”. A pessoa é designada como cuidador, uma vez que proporciona todos os cuidados para preencher a dependência alojada - seja esta temporária ou definitiva. O cuidador pode ser informal, se possui ou não algum grau de parentesco com a pessoa que necessita de acompanhamento, e o realiza de modo voluntário. Existe também o cuidador formal que é um profissional apropriado para este tipo de tarefa, e o realiza através de remuneração (Sommerhalder, 2002).

1.2. Fatores determinantes da (in)dependência funcional

A velhice é uma fase caracterizada por uma elevada prevalência de doenças crônicas incapacitantes, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. Este processo de senescência é caracterizado por modificações fisiológicas, que podem associar-se às patológicas embarcando numa dependência crescente. Realçam-se também acontecimentos como quedas, das quais podem derivar fraturas, com probabilidade de efeitos desastrosos como o cessar transitório ou permanente da vida autónoma e independente (Ferreira, 2011).

Diversos estudos mostram que os fatores mais intensamente agregados às dependências funcionais estão pautados pela presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. A independência funcional sofre também a influência de fatores demográficos (e.g. sexo, idade, estado civil, local de residência, composição familiar,

situação da propriedade do domicílio em que vive), socioeconómicos (e.g. renda/encargo com habitação, escolaridade, situação ocupacional), de saúde (e.g. hospitalização recente, visão, audição, doenças crónico-degenerativas, doença mental, insónias, auto-perceção de saúde) culturais e psicossociais (e.g., praticar exercício físico, ir ao cinema/teatro/concertos, visitar amigos, visitar familiares, participar em atividades religiosas) (Rosa et al, 2003).

Deste modo, abrange comportamentos referenciados ao estilo de vida como fumar, beber, comer em demasia e com má qualidade, praticar exercício físico, encontrar-se dominado por situações de stress psicossocial, manter relações sociais, como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional (Ferreira, 2011). É do conhecimento geral que quanto mais o ser humano envelhece, mais as tarefas do dia-a-dia e de fácil realização, vão-se tornando cada vez mais complexas de serem executadas, muitas vezes de modo imperceptível. Até ao momento em que a pessoa compreende que já depende dos outros, por exemplo, para tomar banho. A mudança de um idoso da sua casa para uma instituição pode produzir potenciais danos como depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização, isolamento e afastamento da sociedade (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963, cit. in Junior, Santos, Lamonato, Toledo, Coelho & Gobbi, 2008).

A doença de Alzheimer provoca degradação na capacidade funcional, pois é assinalada pelo défice de memória e de outras funções cognitivas, tornando o sujeito progressivamente incapaz de desempenhar as suas tarefas diárias, passando a estar dependente de cuidadores (Njegovan, Hing, Mitchell & Molnar, 2001). Deste modo, a capacidade funcional tem sido um dos grandes fatores de análise na saúde do idoso e também considerada essencial na avaliação da saúde dessa população. Segundo Rocha e colaboradores (2007), o envelhecimento é visto como sendo um processo cumulativo, irreversível, universal e não patológico, onde sucede uma degradação do organismo biológico, podendo mesmo tornar a pessoa incapacitada a desenvolver determinadas tarefas. Assim, compreende-se que a idade avançada não é sinónimo de doença, mas antes um progresso adequado, que acontece ao longo da vida e que se principia no momento do nascimento (Rocha *et al.*, 2007).

As instituições que acolhem os idosos, assim como o profissional de saúde, têm a responsabilidade de possuir melhor preparação para corresponder com qualidade às necessidades dos idosos. Uma equipa de profissionais apropriada com ética e

humanização, pode adequar um contexto com elementos que façam com que o idoso se sinta bem e possa viver com melhor qualidade de vida, abrangendo uma vida social com dignidade, e não sendo somente mais um membro na instituição que o abriga (Junior, Santos, Lamonato, Toledo, Coelho & Gobbi, 2008).

Deste modo, a pessoa idosa passa por múltiplas etapas de mutações ao longo do envelhecimento, como a deterioração do sistema corporal, determinada por elementos biológicos-genéticos, ecológicos, psicológicos e socioculturais. O envelhecimento é altamente heterogêneo e individual, alterando-se de sujeito para sujeito e também no mesmo indivíduo, de órgão para órgão. Este processo é também insalubre, uma vez que tem como consequência a perda progressiva de funções, o que impede a conservação da homeostasia (Duarte, 2008).

A hospitalização e a institucionalização podem provocar processos incapacitantes, que prejudicam a qualidade de vida dos idosos. Alguns casos de idosos reduzem-se apenas a determinadas intervenções: reabilitação, terapia por via de medicamentos, modificações da envolvente físico-social, alterações de comportamento e estilo de vida, características psicossociais, acomodação às atividades e a presença de suporte extra pessoal e/ou equipamento (Brasil, 2006).

1.3. Capacidade funcional

Nas instituições que acolhem idosos por um período longo de permanência a dependência física é muitas vezes estimulada, pois os próprios funcionários preferem auxiliar os idosos nas suas atividades, quando estes já apresentam incapacidade para executar afazeres simples, embora ainda não estejam impossibilitados de fazê-las (Spector, 1990). O término da capacidade funcional é uma das formas de apresentar as doenças em sujeitos idosos, a qual congrega sintomas no domínio físico, psicológico e social. A redução das funções de um modo geral comprova um regime hierárquico onde apresenta o seu ponto mais elevado com a imobilidade do idoso, em que este se encontra confinado ao seu leito (Farias, 2007).

O declínio funcional pode constituir-se de modo agudo ou subagudo. Segundo Wade e Collin (1988), o declínio funcional de forma aguda pode acontecer posteriormente a um acidente vascular cerebral (AVC), uma pneumonia, fratura de um

membro, descompensação de uma situação crónica (e.g., diabetes, insuficiência renal). Caso seja necessário deve-se corrigir o mais rápido possível a situação e iniciar imediatamente a reabilitação. O declínio funcional de forma subaguda sucede ao longo de semanas ou meses, como é o caso da utilização de medicamentos ou de doença crónica que se agrava (e.g., parkinson, insuficiência renal). A perda de autonomia acontece frequentemente de forma despercebida e é referida devido ao envelhecimento. Por este motivo, a realização de uma avaliação da capacidade funcional recorrente é essencial.

Sejam quais forem as causas que induziram à degradação, a pessoa idosa precisará de ser submetida a uma tentativa de reabilitação, para tentar travar essa deterioração e ainda recuperar a autonomia perdida. Deve-se sempre ter como objetivo, atingir o nível anterior de autonomia, caso isto não seja possível, é de extrema relevância orientar a família e o idoso a descobrirem os meios adequados para restaurar o seu equilíbrio (Wade & Collin, 1988).

1.4. Avaliação funcional multidimensional

Os teóricos focados nas percepções acerca da independência, enfatizam maioritariamente as capacidades funcionais que carecem de auxílio. Não surpreende que as atenções se encontrem voltadas para as medidas empregadas por médicos para aferir a independência nas pessoas idosas. Diversos programas apresentam medidas para avaliar a capacidade das pessoas idosas em relação às suas agilidades para alcançar as atividades da vida diária. Outros autores expõem o uso de medidas psicométricas para avaliar níveis de funcionamento e deterioração cognitiva ao longo do tempo (Secker, Hill, Villeneuve & Parkman, 2003).

A avaliação da capacidade funcional dos idosos é importante em psicogerontologia, enquanto indicativo de qualidade de vida da pessoa idosa. A performance nas atividades diárias é tida em conta como um parâmetro aceite e legítimo para apoiar essa avaliação, sendo aproveitada pelos profissionais de saúde para avaliar o grau de dependência dos seus pacientes (Diogo, 2003). A avaliação deve abordar questões que envolvem o que o sujeito faz hoje, e o que este gostaria de realizar no

futuro. A avaliação funcional é um procedimento que permite organizar todos os cuidados necessários para a reabilitação do idoso (Farias, 2007).

Além disso, para Netto (2005), os idosos possuem particularidades individuais, em que estas características se associam à sua história de vida, ao grau de independência funcional e à necessidade de serviços específicos. Deste modo, pode-se afirmar que os idosos são um grupo bastante heterogêneo que necessita de uma avaliação genérica e apropriada à realidade cultural em que se encontram implantados. Netto (2005, p. 73) determina a avaliação multidimensional “como um processo de diagnóstico multidimensional, comumente interdisciplinar, planejado para detetar problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com o intuito de promover um plano de tratamento e acompanhamento a longo-prazo”.

O autor acrescenta ainda que a avaliação multidimensional “distingue-se da avaliação médica clássica ao focalizar a sua atenção nos problemas complexos da população idosa, no estado funcional e na qualidade de vida utilizando para atingir esses objetivos uma equipe interdisciplinar” (Netto, 2005, p. 74). A pesquisa de informações recolhidas ao longo da avaliação visa alcançar a definição relativamente ao estado de saúde do paciente, devendo-se fazer também uma análise dos fatores socioeconómicos e ambientais. Para Farias (2007), partindo-se da análise destes fatores pode-se realizar o controlo das doenças e incapacidades, além de medir e atuar sobre a qualidade de vida, que é o principal objetivo da avaliação multidimensional.

O mesmo autor aponta os campos repetidamente utilizados para avaliar globalmente o paciente apontando um conteúdo programático para decidir problemas biopsicossociais do doente juntam: geriatria, enfermagem, assistência social, fisioterapia e terapia ocupacional. Para uma abordagem ainda mais ampla no atendimento à saúde do idoso deverá envolver profissionais como nutricionista, farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo, odontólogo e, em casos de pacientes terminais e religiosos também um padre (Farias, 2007).

De igual forma, deverá ser realizada uma reunião de equipa multidisciplinar após a avaliação do paciente, para que se possa debater as circunstâncias do mesmo (Thomaz, 2005). A utilização de instrumentos de avaliação sensível é de fácil aplicação, e a atribuição da equipa multidisciplinar habilitada proporciona o binómio acertado para o diagnóstico mais conciso da situação funcional. Maioritariamente são utilizados

instrumentos objetivos, práticos, úteis como auxiliares de diagnóstico da incapacidade funcional e como acompanhamento da evolução dos doentes idosos (Farias, 2007).

Existem muitas escalas que avaliam a capacidade funcional, como o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965 cit. in Sequeira, 2007; 2010), que devido à praticidade da sua aplicação é um instrumento confiável que beneficia a avaliação de indivíduos idosos, doentes crónicos e em longos períodos de recuperação hospitalar (Sequeira, 2010). As atividades consideradas são descritas como Atividades da Vida Diária (AVD), pois relacionam-se com o quotidiano do ser humano.

A velhice é um dos principais fatores que levam à dependência funcional, agudizada muitas vezes pela falta de cuidados que afetam as populações mais idosas. Numa altura em que as famílias se veem a braços com uma vida cada vez mais ativa e sem tempo para os seus entes queridos, são muitas vezes levadas a esquecerem-se dos seus ascendentes, deixando-os sozinhos em instituições, ou em casos mais extremos, isolados em casa sem qualquer tipo de cuidados. Estas situações degradam ainda mais o estado de saúde do idoso.

Um facto que influencia muito na tomada de decisão familiar de institucionalizar o idoso são os distúrbios comportamentais e o declínio das funções cognitivas, muito frequentes com o progredir da idade (Park et. al, 2003). A cognição pode sofrer influência direta e indireta de sintomas depressivos (Potter & Steffens, 2007), bastante prevalente em idosos institucionalizados, e da prática de atividade física (Colcombe & Kramer, 2003). O idoso institucionalizado tende a diminuir seu nível de atividade física, seja pela idade avançada ou pela incapacidade funcional (Buchman et al., 2007).

A sociedade terá de assumir um novo comportamento perante este novo paradigma que nós enfrentamos na atualidade, o envelhecimento da população, tomando em consciência que a institucionalização do idoso não é o melhor remédio, por tudo aquilo que já foi descrito anteriormente.

Capítulo II

Memória Subjetiva

O aumento elevado da população idosa é um fenómeno que tem ocorrido com mais intensidade nas últimas décadas nos países em desenvolvimento. As conquistas médicas associadas ao progresso das novas tecnologias têm permitido aumentar a prevenção e a cura de doenças que antigamente eram consideradas fatais (Albuquerque, 2005). Assim se reduziu a mortalidade, e aumentou a esperança média de vida, e como consequência a percentagem de pessoas idosas aumentou, mesmo em países em desenvolvimento, onde o acesso aos serviços médicos é limitado. Mediante estes dados, surge uma preocupação urgente relativamente aos distúrbios associados à idade, especialmente os de origem degenerativa, e às suas consequências no processo de saúde desta população (Albuquerque, 2005).

Assim, este capítulo incide na memória subjetiva, iniciando com a definição de memória. Em seguida descrevem-se os tipos de memória. A memória e o processo de envelhecimento são também descritos neste capítulo, seguido pelo treino da memória e o seu impacto na memória subjectiva.

2.1. Definição de memória

A memória é investigada por profissionais de várias áreas, o que resulta numa panóplia de abordagens e perspectivas. Por exemplo, médicos, biólogos e neurocientistas definem o conceito de memória como os processos químicos e anatómicos. Enquanto psicólogos, educadores e sociólogos abordam a memória através das manifestações comportamentais da mesma (Soares, 2006). A memória é a capacidade de registar, armazenar e evocar informações (Lezak, et. al, 1995). Para poder armazenar estas informações são utilizadas diversas estruturas cerebrais, criando assim muitas formas de memória (Squire & Kandel, 2002).

A codificação e o armazenamento de todas as memórias sucedem no lobo temporal onde se encontram a amígdala e o hipocampo, que são responsáveis pela consolidação das memórias (Izquierdo, 2002). Para Soares (2006), a memória é a

capacidade de reter e recuperar informações, e deste modo alterar os nossos comportamentos em função das experiências vividas anteriormente. As descobertas biológicas do funcionamento da memória têm sido uma das principais preocupações na área das neurociências. Partindo do princípio que o cérebro funciona como um todo, concebeu-se que o armazenamento das informações depende das alterações na estrutura e na função das células nervosas, bem como, nas suas conexões. Isto é, o cérebro possui uma certa plasticidade que varia com a idade, e quanto mais avançada a idade, menor a possibilidade de haver alterações. Por isso, se considera a memória como o melhor marcador biológico para o envelhecimento (Soares, 2006).

De acordo com Castro (2005), o ser humano, através da sua memória, é capaz de atingir uma grande variedade de operações. Por um lado, a memória admite identificar e classificar sons, sinais, cheiros, gostos e sensações. Mas também é capaz de reter e manipular informações que vamos adquirindo ao longo da nossa vida. A memória é constituída por um conjunto de procedimentos que permitem manipular e compreender o mundo, tendo em conta o contexto atual e as experiências individuais já vivenciadas. Estes vários procedimentos envolvem mecanismos de codificação, retenção e recuperação. Reconhece-se que a memória humana tem as suas barreiras, ou seja, cada sujeito somente é capaz de memorizar um número limitado de informações.

Para o mesmo autor, o conceito de memória é um sistema de armazenamento e recuperação de informação, sendo que, neste sentido a codificação transforma a informação que nos chega através dos sentidos, em representações mentais armazenadas. Assim, o armazenamento conserva a informação durante um certo tempo, variável, em função da necessidade que se tem dessa informação e finalmente cabe à evocação recuperar a informação previamente armazenada.

2.2. Tipos de memória

A memória é constituída por diferentes sistemas que possuem em comum a capacidade de armazenar informações e retê-las por determinado período de tempo, que pode variar de alguns segundos e uma vida inteira (Izquierdo, 2002). Deste modo, a memória pode ser classificada como memória de curto prazo, também denominada de memória imediata e refere-se ao armazenamento de informação por um período de tempo muito curto; ou memória de longo prazo, que se refere a processos de gravação

de informação que podem ser conscientes (e.g., memória declarativa ou explícita) ou inconscientes (e.g., memória não declarativa ou implícita) (Izquierdo, 2002).

A memória de curto prazo é subdividida em memória primária, que se refere à memorização temporária da informação o tempo suficiente para executar uma tarefa específica (e.g., registrar um número de telefone); e memória operacional, também denominada memória de trabalho, que se refere à manutenção e processamento de informações em simultâneo (e.g., efetuar contas matemáticas) (Baddeley, 2004). A maioria das memórias formadas extingue-se e a sua permanência depende de factores como a emoção, estado de ânimo e consciência (Izquierdo, 2002).

A memória declarativa, também denominada de memória explícita, é subdividida em memória semântica, utilizada para registrar conhecimentos organizados, onde não é necessário recordar nenhum evento passado, mas apenas realizar associações (e.g., saber o dia da semana, as estações do ano, as capitais dos países), e memória episódica que se caracteriza pelo tempo e espaço em que aconteceu, ou em que o evento ocorreu (e.g., festa de aniversário). Este tipo de memória é utilizada para gravar eventos de vida e para registrar novas aprendizagens (Squire & Kandel, 2002). Relativamente à memória sensorial, o registo inicial das informações é captado pelos cinco sentidos: visão, olfacto, paladar, audição e tacto, e só ficarão gravados na memória a curto prazo, se receberem determinada atenção (Baddeley, 2004).

Daí a importância da atenção que corresponde a um conjunto de processos que levam à eleição ou priorização no processamento de determinadas categorias de informação. O sistema nervoso, no seu processo de interação inicial com o ambiente, reage não apenas a estímulos, mas também às contingências espaciais e temporais entre os estímulos, e também destes com as suas respostas, num processo de aprendizagem que leva a modificações no seu funcionamento (Campos, Santos & Xavier, 1997 citado por Helene & Xavier, 2003). Com o acumular desses registos acerca de situações anteriores (memórias no sentido mais amplo da palavra) – e a identificação de regularidades dessas situações, o sistema nervoso passa a gerar previsões (probabilidades) acerca do ambiente.

Desde então, passa a agir antecipadamente e a seleccionar as informações que serão processadas (Campos, Santos & Xavier, 1997 citado por Helene & Xavier, 2003). Uma das implicações deste processo é o desenvolvimento de intencionalidade; ou seja, como os resultados ambicionados podem ser previstos com base em registos sobre

situações passadas, o sistema nervoso pode gerar ações que levem aos resultados desejados e atuar no sentido de selecionar determinados tipos de informação para processamento adicional, isto é, direcionar a sua atenção. Este processo de seleção atencional depende não apenas da história prévia do selecionador, que envolve as suas memórias e, portanto o significado pessoal e emocional dos estímulos, mas também envolve as expectativas geradas sobre eventos futuros baseadas nas memórias sobre situações passadas e nos seus planos de ação, que dependem também de memórias sobre os resultados de situações anteriores e o seu significado afetivo (Campos, Santos & Xavier, 1997 citado por Helene & Xavier, 2003).

Segundo Squire e Kandel (2002), um dos tipos de memória mais afetados pelo envelhecimento é a memória a curto prazo (também chamada de memória de trabalho), pois é esta memória que permite a uma pessoa realizar uma tarefa complexa que envolve duas ou mais atividades em simultâneo. Por exemplo, memorizar um número de telefone enquanto procuramos um papel e uma caneta para o registar. Este tipo de memória requer muita atenção, e com o avançar da idade a atenção fica bastante prejudicada. Outro tipo de memória que também é bastante comprometido com o avançar do envelhecimento é a memória que se encontra focada nos atos a realizar no futuro, cientificamente designada por memória prospectiva. Lembrar de tomar um medicamento de 3 em 3 horas e lembrar de ir ao médico no dia certo são exemplos deste tipo de memória. É assim uma memória, focada no dia-a-dia da pessoa, que também exige mecanismos atencionais, mas também outros mecanismos cognitivos importantes como o planeamento, intenção e motivação (Squire & Kandel, 2002).

2.3. Memória e o processo de envelhecimento

Entre as diversas mudanças fisiológicas que decorrem do processo de envelhecimento, as funções do sistema nervoso central, sobretudo as de origem neuropsicológica envolvidas no processo cognitivo, como a aprendizagem e a memória, compõem um dos fundamentais objetivos de pesquisas efetuadas sobre a senescência. De facto, estas mudanças podem afetar o bem-estar biopsicossocial da pessoa idosa atrapalhando o avançar da sua vida social normal (House, Landis & Umberson, 1988 citado por Souza & Chaves, 2003).

Alguns idosos tomados pela crença de que o processo de envelhecimento é um acontecimento patológico e representa o início do fim com a contagem decrescente das suas vidas, desistem da preocupação de se conservarem participativos no contexto social em que se encontram inseridos. Entregando-se, assim, à reforma de forma passiva, inativa e também pouco reflexiva, podem ter como consequência um conjunto de danos à sua saúde mental e física, além de compor uma causa de risco para a decadência cognitiva e para a demência (Abraham, Kocher & Goda, 1980, citado por Souza & Chaves, 2003).

Desenvolve-se um ciclo vicioso, onde a degradação psicobiológica própria do envelhecimento leva à inatividade e à pouca utilização de processos cognitivos, que antecipa a decomposição psicobiológica. O acréscimo de problemas progressivos com a memória ao longo do processo de envelhecimento tem sido explanado através de diversas formas durante várias décadas (Berrios, 2000). Alguns teóricos entendem que a decadência intelectual não integra o processo de envelhecimento natural. No entanto, outros pesquisadores indicam que a mente se desenvolve e cresce juntamente com o corpo, uma vez que nasce com ele e envelhece com ele (Berrios, 2000).

Existem vários indícios de que a performance intelectual da pessoa idosa expõe uma certa degradação na realização de tarefas que determinam maior rapidez e flexibilidade no processamento da informação. Com o decorrer do tempo, a memória também padece de um certo comprometimento relativamente a etapas antecedentes da vida, especialmente a memória processual (Morris, 1997, citado por Benites & Gomes, 2007). Deste modo, passou-se a procurar critérios adequados para discriminar queixas de memória relacionadas ao envelhecimento natural daquelas alusivas a um processo demencial. Diagnósticos como “esquecimento benigno da senescência”, “comprometimento da memória associado ao envelhecimento”, ou “declínio cognitivo associado à idade” foram introduzidos com esse objetivo (Crook, Feher & Larrabee, 1992, citado por Benites & Gomes, 2007).

Pesquisas epidemiológicas lembram que 54% dos idosos exibem denúncias associadas à memória (Barker, Jones & Jennison, 1995). Das pessoas que apresentam sintomas, mas que não completam todos os critérios para algum diagnóstico neuropsiquiátrico encontram-se mais repetidamente mulheres com alto nível de escolaridade que moram sozinhas e possuem historial de demência na família. Além disso, a presença de sintomas depressivos e ansiosos é outra relevante, nascente da

vivência subjetiva de degradação da memória e não devido a demência (Almeida, Hill, Howard, et al., 1993). Grande parte das pessoas idosas lamentam-se da dificuldade de armazenar informações (e.g., lembrar nomes de pessoas conhecidas, compromissos importantes, tomar os medicamentos, entre outras), além de referirem o seu prejuízo ocupacional e social perante estas mudanças decorrentes da velhice, o que leva muitos ao autoabandono, à perda da autoestima e ao isolamento da sociedade.

Dados epidemiológicos insinuam também que o comprometimento da memória associado ao envelhecimento é mais um fenómeno correspondente ao envelhecimento do que uma evolução da normalidade para o estado patológico (e.g., demências) (Hanninen & Soininen, 1997).

2.4. Intervenção na memória – impacto na memória subjectiva

A literatura sugere que o treino da memória representa uma possibilidade de intervenção para melhorar o funcionamento cognitivo em idosos saudáveis, e permitir a compensação dos défices cognitivos em idosos (Belleville, 2006). Estes progressos no desempenho podem ser conseguidos através da plasticidade cognitiva (Calero & Navarro, 2007). A literatura regista diferentes tipos de treino, que se dividem em dois grupos: treino unifatorial, onde apenas uma técnica é trabalhada e treino multifatorial, onde diversas técnicas são utilizadas para o melhoramento da memória. Entre estas técnicas encontram-se estratégias mnemónicas, técnicas de relaxamento, tarefas cognitivas como velocidade de processamento (Belleville, 2006).

Estudos apontam que o treino pode melhorar a memória objetiva, bem como a memória subjetiva (Calero & Navarro, 2007). Uma vez que ainda não existe um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada por demência, os tratamentos que se encontram disponíveis, atualmente, procuram tornar mínimos os sintomas cognitivos e comportamentais através de: medicação e técnicas cognitivas de reabilitação, melhor estruturação do ambiente e também através de grupos informativos para pacientes e familiares (De Vreese et al., 2001).

Entre os atuais tratamentos medicamentosos para a demência, os inibidores de acetilcolinesterase têm comprovado ser eficazes no controlo temporário dos sintomas, como a melhoria das funções cognitivas e das dificuldades na realização das atividades

da vida diária. Entretanto, terapias que envolvem intervenção não medicamentosa, como a reabilitação neuropsicológica, também têm apresentado melhorias na cognição dos pacientes, além de promoverem apoio e informações aos familiares (De Vreese et al., 2001). Segundo Yassuda (2006), a intervenção desencadeia muitos benefícios vantajosos, no entanto, existem algumas dificuldades que podem interferir nos ganhos durante os treinos da memória, como a falta de estímulo para a aplicação do conhecimento adquirido no treino nas estratégias do cotidiano. Outra dificuldade também apresentada é o uso das estratégias aprendidas apenas no local do treino e o abandono dessas mesmas estratégias no seu contexto cotidiano.

Para colocar as estratégias em prática no dia-a-dia é preciso fazer um esforço consciente do que foi aprendido e transferir essas aprendizagens para as práticas cotidianas. Frequentemente, essa dificuldade encontra-se enraizada em atitudes e crenças relativas à memória. As crenças são construídas a partir de relações sociais e de experiências vividas pelos sujeitos, e são constituídas como verdades, daí que os idosos se fixem nelas (Yassuda, 2006). Inúmeras são as causas de demência, cujo diagnóstico específico depende de conhecimento das diferentes manifestações clínicas e de uma bateria de exames específicos (APA, 1994).

A demência pode ser determinada como um síndrome caracterizado por um declínio da memória associado a um déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, agnosias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional da pessoa (APA, 1994). O diagnóstico de demência exige a ocorrência de comprometimento da memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais de algumas formas de demência (APA, 1994). Da mesma forma que se recomenda exercício físico aos idosos para conservar a sua saúde física, também se deve exercitar o cérebro com tarefas que exijam atenção, concentração e pensamento lógico, o que significa um aumento da densidade sináptica cerebral, cuja rede de transmissão é responsável pela plasticidade do cérebro (Yassuda, 2006).

Relativamente às fases do processo de memorização, sabe-se que permanecem diferenças expressivas entre jovens e idosos no momento da codificação e do registo das informações (Kausler, 1991 cit. in Tacconnat, Raz, Toczé, Bouazzaoui, Sauzéon, Fay & Isingrini, 2009). Uma grande variedade de pesquisas acerca do treino da memória está disponível na literatura, e de um modo geral, estes podem ser divididos em dois grupos:

estudos que proporcionaram treino instantâneo e específico para uma determinada tarefa de memória (Hulicka, & Grossman, 1967 cit. in Lasca, 2003) e estudos que ofereceram treino extenso abrangendo diversas sessões com a duração total entre quatro a quinze horas (Zarit, Cole, & Guider, 1981 cit. in Lasca, 2003).

Os estudos de treino são diferentes não apenas em relação à duração, mas também, quanto às estratégias doutrinadas e à metodologia utilizada, existindo assim na literatura grande diversidade quanto aos seus efeitos. Ultimamente tem sido utilizadas metodologias inovadoras nos estudos de treino da memória (e.g., vídeo) para ensinar a criação de imagens mentais enquanto mediadores da memorização (West, Welch & Yassuda, 2000). Atualmente, grupos de pesquisadores encontram-se a investigar a eficácia de treinos efetuados através de computador, indicando que este pode ser uma ferramenta importante na otimização da memória (Laurance et al., 2002).

Dunlosky, Kubat-Silman e Hertzog (2003) desvendaram que o treino de memória torna-se mais eficaz quando o idoso é instruído a monitorizar o processo de memorização, aprendendo a testar-se a si próprio. Geralmente, nos estudos sobre treino, os idosos aprendem estratégias que podem aprimorar a performance em tarefas de memória episódica (e.g., memorização de pares, faces, nomes ou listas de palavras) com possível aplicação no quotidiano. Segundo os mesmos autores, não existe uma técnica de treino comum que alcance todos os sistemas da memória, no entanto, existem técnicas que aperfeiçoam certos tipos de memória.

O treino de memória pode ocorrer quer individualmente quer em grupo e surge como uma possibilidade de compensação dos défices cognitivos, embora alguns estudos divirjam acerca dos fatores que possibilitam esta melhoria (Dunlosky & Hertzog, 1998). O treino comporta alterações em capacidades como o aumento na rapidez do processamento ou fatores que podem estar associados à perda mnemónica (Salthouse, 1993). Segundo Verhaeghen (2000), outros fatores indicam que o treino de memória admite acionar agilidades em desuso, o que permite ao sujeito aproximar-se da sua melhor performance.

Importa também realçar, que vários fatores influenciam as melhorias após os treinos, como características pessoais e psicológicas, tais como a idade, capacidade verbal, *status* mental e cognitivo, velocidade do processamento, características pessoais, escolaridade e ocupação (Verhaeghen, 2000). Os tipos de treino, os tempos de duração e como ele é concretizado, uma vez que pode ser individual ou grupal, também

influenciam os resultados. Estudos apontam que o treino pode melhorar quer a memória objetiva, quer a memória subjetiva (Verhaeghen, 2000). De acordo com Restak (1997), procedimentos como manter uma boa saúde física, evitando o sedentarismo, reduzindo o stress, mantendo o bom humor e as amizades podem beneficiar a saúde em geral, incluindo, a cerebral.

É importante realçar que as aptidões físicas e mentais podem ser estimuladas, mantidas e recuperadas, especialmente quando a sua perda é provocada devido a fatores extrínsecos (e.g., inatividade), ou quando predominam as atividades pouco desafiadoras à mente e ao corpo (Rowe & Kahn, 1998 citado por Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007). De acordo com Baltes (1994), a habilidade de reserva cognitiva pode ser alterada e, até mesmo, aprimorada através de treinos. Goldman et al. (1999) explicam que, quando as pessoas fortalecem os seus cérebros, através de exercícios mentais sistemáticos e deliberados, provam uma grande melhoria na sua memória, raciocinam com mais destreza e apreendem com mais eficácia conceitos mais abstratos.

Por outro lado, sujeitos que padecem de decadência mental exibem costumes e atividades associadas a uma austera rotina e a uma geral insatisfação com a vida. Tais evidências confirmam o estímulo para um bom funcionamento mental como um dos mais importantes princípios para a promoção da saúde nos idosos (Restrepo & Perez, 1994, citado por Almeida, et al., 2007).

O envelhecimento é uma das consequências da vida, como tal, terá de ser encarado com naturalidade e normalidade por todos os indivíduos em sociedade. Como foi descrito ao longo deste segundo capítulo, o processo de envelhecimento interfere inevitavelmente na capacidade de memória (sistema capaz de reter e recuperar informação) e conseqüentemente na qualidade de vida do idoso. Esta faculdade do ser humano, capacidade de memória, quando é afetada pelo avançar da idade causa no idoso sérias consequências em termos de qualidade de vida e da sua participação na vida social.

Neste contexto, torna-se imperativo realizar um diagnóstico, avaliando a capacidade de memória do idoso e se necessário, aplicar várias terapias para colmatar as lacunas deixadas pelo envelhecimento. Mesmo que o idoso não apresente grandes défices cognitivos é essencial continuar a realizar atividades que estimulem a memória

precavendo futuros sinais de demência. São inúmeras as causas da demência e vários são os autores a falar desta problemática, bem como a aplicar-lhes inúmeras terapias, mas o que importa é que haja o treino da memória, os processos e técnicas podem variar. A escolha da melhor terapia pode variar consoante as características do idoso, mas no final o objetivo primordial deve ser alcançado, que é, melhorar a memória do idoso e promover-lhe uma boa qualidade de vida em sociedade.

Capítulo III

Tomada de Decisão

É função dos profissionais da área da gerontologia, incitar e concretizar estudos e comunicar conhecimentos sobre o fenómeno de envelhecimento, de forma a que se possam programar procedimentos que tornem eficaz a proteção da pessoa idosa. É na procura do conhecimento que se tenta compreender as mutações não patológicas deste processo tão complexo, e sugerir métodos para um envelhecimento melhor sucedido.

A velhice representa o fim de um ciclo vital, e tal como as fases anteriores, também oferecem fatores positivos e negativos, alegrias e problemas, mas de modo nenhum deve ser olhada como sinónimo de doença. Os atributos que se vivem nesta fase de vida encontram-se associados maioritariamente à imagem social, que predomina em cada cultura, mas também a fatores internos do sujeito (Ramos, 2008).

Assim, este capítulo incide na tomada de decisão, iniciando com a capacidade de tomada de decisão nos idosos. Em seguida abordam-se os intervenientes no processo de tomada de decisão. Por fim, a avaliação da capacidade de tomada de decisão também é descrita neste capítulo.

3.1. Capacidade de tomada de decisão em idosos

A maioria dos idosos é completamente capaz de definir os seus interesses e organizar-se sem qualquer tipo de auxílio (Erlen, 1994, cit. in Ramos, 2008). Atualmente, sabe-se que as competências do idoso para se envolver nos assuntos, para perceber e ponderar quais as alternativas e a probabilidade de comunicar a sua preferência, são imperativas no processo de tomada de decisão, não dependem da idade do indivíduo. Esta aptidão deve ser visualizada como um desempenho contínuo e não do género “tudo ou nada”. O idoso não possui obrigatoriamente danos na capacidade de tomar decisões, pelo contrário, pode possuir uma melhor apreensão da realidade enquanto o processo como um todo, uma vez que é mais experiente e também devido à sua história de vida (Erlen, 1994 cit. in Ramos, 2008).

Enquanto novo paradigma de saúde pública frente ao envelhecimento, o construto de saúde orienta-se para a conservação da autonomia (Motta & Aguiar, 2007). Geralmente, acontece uma sobreposição de conceitos que abrange a capacidade, competência e autonomia. Muitas vezes, capacidade e competência são confundidas com autonomia, todavia, são abordagens distintas. O conceito de autonomia significa uma característica do sujeito enquanto pessoa, já a competência faz referência à aptidão para conseguir uma tarefa, que possui nas suas origens áreas da psicologia, que representam o lado funcional da autonomia pessoal. Na área da psicologia e também da filosofia, a capacidade é associada, de modo direto ou indireto, ao nível de desenvolvimento psicológico e moral de cada sujeito (Ramos, 2003).

O complexo processo de tomada de decisão tem sido analisado por diferentes autores, de distintas áreas do conhecimento científico, quer a nível quantitativo quer qualitativo. É importante analisar as capacidades e os impedimentos para os idosos tomarem as suas decisões de modo voluntário, que têm sido relacionadas (direta ou indiretamente) ao nível de desenvolvimento psicológico e moral do sujeito (White, 1994, cit. in Celich, 2008).

Os idosos que possuem formação académica de ensino superior encontram-se num estágio mais avançado do desenvolvimento psicológico e moral em relação aos que apenas conseguiram concluir o ensino básico. Estes dados são interessantes segundo a perspetiva social e psicológica, pois os idosos com maior capacidade para tomar decisões também apresentaram melhores condições para gerir a sua vida e a sua saúde (Celich & Zenevich, 2010).

Ultimamente, a neuropsicologia tem atribuído evidência às funções complexas como a seleção de objetivos, planeamento, monitoramento, entre outros processos de comando, que permitem ao indivíduo organizar-se e estruturar o ambiente onde se encontra inserido (Foster, Black, Buck & Bronskill, 1997 cit. in Wagner & Parente, 2009). Este conjunto de funções é também denominado por funções executivas (Logan, 2000), uma vez que, os processos executivos são responsáveis por dominar as emoções, a cognição e a ação, e dependem das áreas frontais do cérebro.

As funções executivas são as mais avançadas do cérebro humano, sendo responsáveis pela chefia das restantes funções cognitivas e pela regulação do comportamento, da emoção e do pensamento (Burgess, 2003). Pondera-se que a função executiva esteja associada a um conceito global que abrange todas as funções

supervisoras, e que prepara e controla a atividade cognitiva, a resposta emocional e o comportamento. São inúmeros os subtipos executivos, sendo que os principais abarcam as aptidões de iniciar e de manter um comportamento, de inibir determinadas ações ou estímulos, de selecionar objetivos, de planejar e organizar estratégias de resolução de problemas, de mudar de estratégias quando imprescindível e de forma flexível, e de avaliar o comportamento (Gioia, Isquith, Kenworthy, & Barton, 2002).

Tais capacidades abarcam inibição de dados irrelevantes; seleção, integração e manipulação de informações relevantes; intenção; planeamento e concretização das ações; flexibilidade cognitiva e comportamental e monitorização de atitudes (Gazzaniga et al., 2002). Segundo Gazzaniga e colaboradores (2002), a atenção seletiva, é a aptidão do indivíduo prestar atenção a certos atributos do estímulo, ignorando aqueles que não são importantes para a tarefa, de forma a acionar uma quantidade limitada de informações que recebe dos órgãos de todos os sentidos ou provenientes de outros processos cognitivos.

O controlo inibitório relaciona-se com a filtragem e seleção das informações, ou seja, é a capacidade do indivíduo inibir respostas distratoras que atrapalham o curso de uma ação, ou ainda a interrupção de uma resposta já em curso. Por outras palavras, entende-se o controlo inibitório como um mecanismo de filtragem complementar à atenção seletiva, pois à medida que bloqueia estímulos irrelevantes para a solução de um problema, minimiza a necessidade de processamento da informação (Gazzaniga et al., 2002).

A memória de trabalho é um depósito temporário de armazenamento de informações que podem ser acedidas, manuseadas e reorganizadas para serem utilizadas em alguma tarefa (Malloy-Diniz et al., 2008). Como por exemplo, memorizar um número de telefone para em seguida utilizá-lo para fazer uma ligação. Este sistema permite ainda, uma diversidade de operações mentais, tais como integrar a informação em estímulos ambientais e conhecimentos anteriores retidos na memória a longo prazo, permitindo a manipulação da informação e a sua constante atualização na memória de trabalho (Malloy-Diniz et al., 2008).

A flexibilidade cognitiva, por sua vez, pressupõe a capacidade de modificar estratégias de ação ou pensamentos, de acordo com as necessidades para a resolução de problemas. Esta aptidão é solicitada sempre que a pessoa se entrega a ações complexas e deve, assim, considerar diversas informações, alterando o foco atencional entre duas

ou mais tarefas consoante as necessidades do contexto (Gazzaniga et al., 2002). Segundo Lezak e colaboradores (2004), a flexibilidade cognitiva é essencial à competência de regular o próprio comportamento, adaptando-o às necessidades ambientais.

O planeamento é a aptidão de constituir uma estratégia sequencial dirigida para alcançar um objetivo, isto é, refere-se à componente cognitiva que é basilar a qualquer tarefa de resolução de problemas. E ainda promovem a identificação e a organização de uma série de ações e elementos direcionados à realização do objetivo (Lezak et al., 2004). Por fim, o monitoramento pode ser entendido como uma rede de controlo executivo, e à medida que se deteta uma situação causadora de conflito, com o objetivo de corrigir esse comportamento, pode-se ativar recursos de processamento extra à tarefa, com vista à resolução desse conflito. Perante esta perspetiva, estas agilidades cognitivas abrangem as funções executivas, as quais permitem um indivíduo iniciar, planear, sequenciar e monitorizar os seus comportamentos e as suas cognições (Gazzaniga et al., 2002).

No centro das várias funções executivas, a tomada de decisão é uma das que atualmente se transformou no enfoque dos pesquisadores no campo das neurociências. A tomada de decisão compõe um papel complexo que envolve uma avaliação e uma escolha entre diferentes opções (Wagner & Parente, 2009). Ou seja, a decisão incide numa “escolha entre vários programas alternativos elegíveis para a execução de uma etapa, baseada num prognóstico quanto às suas consequências respetivas” (Costermans, 2001, p. 38).

A tomada de decisão pode ser analisada como uma função cognitiva principal para um intercâmbio aceitável do indivíduo com o seu ambiente social. Todos os dias as pessoas são solicitadas a definirem vários cursos de ação, onde nem sempre a alternativa mais adequada se mostra evidente. Tal facto, determina ao ser humano, não apenas astúcia no momento de resolver os dilemas quotidianos, como também flexibilidade ao analisar cada ocasião de forma individual, as suas características e consequências (Palmini, 2004).

As pesquisas que focaram as consequências da idade em tarefas de tomada de decisão ainda apresentam dados contraditórios. Walker, Fain, Fisk e McGuire (1997) não verificaram decorrências da idade na velocidade e na qualidade da tomada de decisões, numa tarefa que incluía habilidades relacionadas ao ato de conduzir. A

ausência de diferenças também foi observada no estudo de Hershey e Wilson (1997) acerca da qualidade das decisões a nível financeiro em jovens e idosos. Por outro lado, os afazeres que estabelecem maior grau de julgamento e avaliação, apresentam piores desempenhos nos idosos, apontando para uma gradual perda da flexibilidade cognitiva (Chasseigne, Mullet & Stewart, 1997, *cit. in* Sanfey & Hastie, 2001).

Por último, Dror, Katona, e Mungur (1998) e Sanfey e Hastie (2001) comprovaram que tanto os idosos como os jovens possuem semelhante aptidão cognitiva de decidir em situações de risco, com diferenças qualitativas ao nível do comportamento na procura ou aversão ao risco, argumentando que os adultos mais velhos analisam menor informação antes de destacarem uma alternativa devido às falhas na capacidade da memória de trabalho.

3.2. Intervenientes no processo de tomada de decisão

Uma extensão importante a ser aferida é a da qualidade de vida, como já foi referido anteriormente, que se baseia na percepção que a pessoa possui da sua vida, no ambiente cultural e no sistema de valores onde está inserido, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A qualidade de vida envolve diversas variáveis, e não significa exclusivamente saúde física ou mental, mas implica também sentir-se bem consigo próprio, com a vida que possui e com as pessoas que se relaciona. Em suma, a pessoa sente-se em equilíbrio (Motta & Aguiar, 2007).

O local onde se vive é uma das variáveis que pode intervir na qualidade de vida, uma vez que lar também é o ambiente em que a pessoa se sente admirável, aceite, útil e único. Hoje em dia é um dos imensos desafios que se colocam nas decisões de institucionalização aquando da velhice. A todos os idosos precisa ser conservada a importância da sua autonomia, o que é posto em causa com muita frequência, especialmente nos idosos institucionalizados. Apesar de tudo, as suas convicções pessoais devem ser acatadas, o que por sua vez, torna relevante avaliar o nível de habilidade que o sujeito tem para tomar as suas decisões na velhice. Frequentemente, a participação ativa dos sujeitos idosos no processo pessoal de tomada de decisão é limitada pela família ou pela instituição (Motta & Aguiar, 2007).

Por exemplo, a presença de uma doença (e.g. crónica) não quer dizer que o idoso não deva administrar a sua própria vida e conduzir o seu quotidiano de modo totalmente independente. O começo da fase profissional inativa pode apressar o desencadear de múltiplas dependências, cada uma com as suas características individuais. Iniciando com o rompimento dos hábitos laborais que podem desencadear perturbações comportamentais, devido à imagem negativa da sua inutilidade profissional (Motta & Aguiar, 2007). As relações de trabalho que foram quebradas, assim como o convívio com os colegas, desenvolvem um sentimento de vazio. Por sua vez, também surge simultaneamente a dificuldade em encontrar novas relações satisfatórias e novas ocupações, onde a chegada da reforma pode representar “medo, empobrecimento, perda de identidade, enfim, um tempo de desvalorização, de eterno rememorar o passado” (Casara, 2007, p. 261), pois não existiu preparação para esta etapa da vida.

Ao longo da vida todas as pessoas aprendem a gerir o tempo em função do trabalho, mas, chegada a idade da reforma não “aprendem” a gerir o tempo livre restante (Casara, 2007). As pessoas idosas, não conseguindo encarar esta fase da vida, ficam-se pelo isolamento, acelerando a vinda das inabilidades físicas e psicológicas, num processo complicado de regular porque “há uma ambivalência sentida pelos idosos face à sua própria autonomia (ambição de se conservar dono de si próprio/anseio de proteção e necessidade de presença do outro)” (Relvas, 2000, p. 215).

Uma das justificações para os processos de tomada de decisão, com bases neurobiológicas, pensada por Damásio (1994/2001), é chamada de Hipótese do Marcador Somático. Esta suposição indica que os estados corporais são invocados pela experiência de recompensa ou repreensão, conduzindo à decisão. Por outras palavras, determinado número de estruturas e processos são necessários para existir tomada de decisão. As emoções são um desses processos, também anunciadas por meio de “estados corporais”. Por estas razões, as modificações emocionais são também marcadas por “estados somáticos”, fazendo alusão ao estado interno do corpo, e não somente ao músculo-esquelético (Bechara, Damasio & Damasio, 2000).

No momento em que aparece um efeito negativo associado a uma resposta, este vem acompanhado de uma sensação somática desagradável. Esse “marcador somático” faz com que a atenção seja focada no efeito desagradável ou negativo. Com base no aparecimento desse alerta, o sujeito pode desistir de uma certa ação quando percebida como negativa e desviar a decisão para outra área, com base nas outras alternativas

(Schneider, 2004). Estes sinais supracitados são responsáveis por conduzir o comportamento de um modo que seja vantajoso para o próprio organismo (Bechara, Tranel & Damasio, 2000).

Na perspectiva cognitiva, a tomada de decisão é determinada como uma função complexa que abrange a seleção entre várias opções, exigindo a análise das particularidades de cada opção e a estimativa das consequências futuras causadas pela escolha feita (Jimenez & Rodríguez, 1996). Segundo António Damásio (1996), o processo de decisão pressupõe que o indivíduo conhece: as circunstâncias que solicitam determinadas decisões; as distintas probabilidades de atuação; e as implicações adjacentes e futuras de cada uma destas ações.

Uma atenção especial vem sendo dada a esta função cognitiva desde a década de 1970, quando Kahneman & Tversky (1979, cit in Schneider & Parente, 2006) publicaram as suas investigações sobre tomada de decisão. Embora amplos estudos estivessem a ser administrados desde então, dando origem a múltiplos modelos teóricos, a influência das emoções nos processos decisórios foi completamente negligenciada.

Somente após a década de 1990, devido às pesquisas de Damasio, Bechara e colaboradores (2000), os processos biológicos inerentes à tomada de decisão também foram considerados nas pesquisas. Nestas, é realçada a função das emoções e dos seus fundamentos neurológicos na tomada de decisão. O córtex pré-frontal tem sido identificado como responsável por servir as funções integrativas fulcrais, tais como a atenção, controlo executivo, planeamento, memória de trabalho, conteúdo emocional e motivacional e tomada de decisão (Bechara, 2001, 2003).

3.3. Avaliação da capacidade de tomada de decisão

Qualquer sujeito que atinja os oitenta anos de idade e ainda seja capaz de governar a sua própria vida e definir quando, onde e como se realizarão as suas atividades de lazer, convívio e trabalho (produção de qualquer coisa), seguramente será considerada uma pessoa saudável (Ramos, 2003). O facto de se preservar o voluntarismo da pessoa idosa garante à própria o poder de decidir algo, conhecendo melhor os seus interesses, e poderá decidir livre de pressões externas. Assim, o indivíduo organiza a sua vida baseando-se num conjunto de crenças, valores, interesses,

desejos e objetivos. Elementos estes que admitem que a decisão de cada um seja única e pessoal (Kirb, 1994 cit in Ramos, 2008). Tendo em conta que a aptidão das pessoas se baseia em várias competências imprescindíveis para o processo de tomada de decisão, como por exemplo: a possibilidade de se envolver com o assunto, de compreender ou avaliar o tipo de escolhas e a possibilidade de informar a sua preferência (White, 1994 cit. in Celich, 2008). Estas características e capacidades não são exclusivamente dependentes da idade cronológica do sujeito.

Os idosos, somente porque possuem uma idade avançada, não têm obrigatoriamente carência nas suas capacidades de tomada de decisões, pelo contrário, podem utilizar toda a sua experiência, de uma vida inteira, na análise do problema (White, 1994 cit. in Celich, 2008). António Damasio (1996) gerou um modelo teórico, a Hipótese do Marcador Somático, que originou o instrumento *Iowa Gambling Test - IGT* e elucida os processos decisórios.

Este método tem sido empregue em muitos estudos desde então (Bechara, Damasio & Damasio, 2000; Denburg, Tranel & Bechara, 2005; Fellows & Farah, 2003; Franken & Muris, 2005). De acordo com as perceções deste modelo, sinais emocionais conferem valor a certas escolhas e cenários, obrando enquanto intenções camufladas ou evidentes, que levam à decisão. Perante uma ocasião de tomada de decisão, antes de qualquer análise dos prós e contras de cada opção e antes de raciocinar apontando a resolução do problema, o sujeito depara-se com a sensação corporal automática, que são os marcadores somáticos.

Este processo tão complexo conta com o auxílio de elementos de aprendizagem (por meio da associação entre grupos específicos de estímulos e de estados somáticos), da capacidade atencional e da memória de trabalho, para que seja possível a sua ocorrência (Damasio, 1996, 2003; Fellows & Farah, 2003). António Damasio (2003) defende que a tomada de decisão é processada a através de duas rotas complementares, a rota “A” que implica ajuizar as várias opções para cada ação e prever os resultados através de estratégias de raciocínio, e a rota “B” que, em paralelo à rota A, induz o acionamento de experiências emocionais anteriores em situações semelhantes.

Na rota B, a recordação de ocasiões emocionalmente relacionadas, seja manifesta ou latente, influencia sempre o processo de tomada de decisão, focalizando a atenção na representação de resultados futuros ou intervindo nas estratégias de raciocínio. Por vezes, o caminho B pode induzir diretamente à decisão, como por

exemplo, quando uma sensação somática exige uma resposta imediata. Deste modo, este modelo implica uma clara consistência entre os processos cognitivos e os processos emocionais.

O *IGT* (Schneider & Parente, 2006) avalia funções associadas às secções ventromediais do córtex pré-frontal por meio da simulação de uma situação real. O grupo de António Damásio preferiu o estudo da tomada de decisões nos sujeitos com lesões cerebrais e em dependentes químicos (Bechara, Damasio & Damasio, 2000). Contudo, o estudo das aptidões decisórias ao longo do processo de envelhecimento tinha sido ignorado pelos mais diversos pesquisadores. Existem ainda muitas contestações sobre a presença ou não de danos nas capacidades decisórias de indivíduos com mais de 60 anos (Lamar & Resnick, 2004). Por fim, os resultados dos estudos de Schneider (2004) e Schneider e Parente (2006) indicam que os défices nos processos decisórios dos idosos podem resultar das dificuldades de memória e atenção desses mesmos participantes.

O processo de tomada de decisão é um aspeto importante a levar em conta no momento de avaliar um idoso e pode ajudar a traçar um diagnóstico, embora não seja o único elemento a ter em conta. Esta avaliação é importante, mas existem outros aspetos que devem ser analisados, pois o idoso pode conseguir gerir a sua vida, tomando as decisões mais corretas e não ser capaz de realizar as tarefas diárias (capacidade de ação) e não ter autonomia. Como numa simples caracterização da personalidade de um indivíduo, nós não o conseguimos avaliar só por uma característica, necessitamos de reunir um conjunto de elementos que o possam descrever. Pode-se considerar que o processo de tomada de decisão é essencial para analisar o idoso e decidir até que ponto se pode considerar dependente, embora se possa complementar a análise com outras variáveis.

Á guisa de conclusão, refere-se que o envelhecimento é um processo que acelera a ausência de capacidade do indivíduo tomar com destreza mental as decisões mais corretas, contribuindo para o fim da plenitude da capacidade de agir e viver independentemente.

Parte II
Estudo Empírico

Capítulo IV

Método

Como foi mencionado no enquadramento teórico, a população idosa tem vindo a aumentar a nível mundial (Paschoal, 1999) e conseqüentemente o envelhecimento conduz a inúmeros problemas, quer a nível físico que a nível mental (Ramos, 2003). Neste sentido, e partindo da carência de investigações científicas que relacionem a independência funcional, a memória subjetiva e a capacidade de tomada de decisão, o presente estudo tem como objetivo geral verificar se existe uma relação entre essas variáveis.

Neste sentido, este capítulo pretende descrever a metodologia adotada para a realização da investigação. Apresentando as hipóteses a testar, tendo por base a resenha bibliográfica apresentada nos capítulos anteriores, que conduziu à formulação da seguinte questão: Haverá alguma relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados? De igual forma pretende-se também identificar a amostra, descrever os seus critérios de seleção e especificar os procedimentos de recolha dos dados. No mesmo sentido, apresentam-se também as variáveis estudadas e os instrumentos utilizados para a recolha dos dados, descrevendo detalhadamente as suas características psicométricas na amostra utilizada no presente estudo. Por fim, este capítulo termina com a apresentação dos resultados da aplicação dos instrumentos e da testagem de hipóteses.

4.1. Hipóteses e Variáveis

A partir da bibliografia consultada e explanada no enquadramento teórico e da questão anteriormente apresentada foram formuladas as seguintes hipóteses, descrevendo-se em seguida o desenho que foi utilizado para a sua implementação empírica.

4.1.1. Hipótese 1: Prevê-se que os idosos que apresentam maior independência funcional apresentam melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão.

Esta hipótese segue o objetivo principal da investigação, tratando-se de uma afirmação que se pretende testar e aponta uma direção, neste caso no sentido positivo da relação entre a independência funcional, memória subjetiva e a rapidez de tomada de decisão. Relativamente às variáveis, pretende-se verificar a relação entre a capacidade funcional, que é a variável independente (VI), com a memória subjetiva e a tomada de decisão, que são as variáveis dependentes (VD).

4.1.2. Hipótese 2: Prevê-se que os idosos não institucionalizados apresentam maior independência funcional, melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão em relação aos idosos institucionalizados.

Nesta hipótese, pretende-se verificar as diferenças entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados (VI) quanto à sua independência funcional, memória subjetiva e a tomada de decisão (VD).

4.1.3. Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos idosos relativamente à rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

As possíveis diferenças dos níveis de escolaridade dos idosos levam-nos a formular esta hipótese. Assim, pretendemos verificar as diferenças do nível de escolaridade (VI) relativamente à rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva (VD). Esta testagem poderá ser benéfica na medida em que ajudará a conceptualizar o impacto dos níveis de escolaridade no processo de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

4.1.4. Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à sua rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

As possíveis diferenças de género nos idosos levam-nos a formular esta hipótese. Assim, pretendemos verificar as diferenças de género (VI) relativamente à

rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva (VD). Esta testagem poderá ser benéfica na medida em que ajudará a conceptualizar as diferenças de género no processo de tomada de decisão, na independência funcional e memória subjetiva.

4.2. Desenho do Estudo

O presente estudo situa-se no paradigma quantitativo pois enfatiza as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Ribeiro, 2008). Tendo em vista os objetivos traçados, a investigação será correlacional pois pretende-se avaliar a relação entre as variáveis sem qualquer manipulação da variável independente e descrever as variações inerentes da relação entre essas mesmas variáveis. Relativamente aos momentos de avaliação este estudo será transversal já que somente um grupo será testado num dado momento do tempo. Quanto ao desenho (*design*) do estudo, será entre-sujeitos (*between subjects*) pois todos os elementos da amostra passarão pela mesma avaliação entre grupos, já que haverá institucionalizados e não institucionalizados. Em seguida descreve-se a amostra que será utilizada.

4.3. Participantes

Para a testagem das hipóteses propostas e tendo em consideração os objetivos do presente estudo, a amostra é constituída por 104 sujeitos (N=104) onde 52 participantes estão em regime institucionalizado no Lar S. José, da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, e os restantes 52 participantes são utentes não institucionalizados do Serviço de Apoio Domiciliário da mesma instituição. Desta forma, recorreu-se a uma amostra aleatória, não probabilística de conveniência, de forma a garantir a representatividade da amostra relativamente a diferentes sujeitos em contextos semelhantes. Inicialmente o processo de investigação foi submetido à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso e somente após aprovação da mesma se procedeu à investigação empírica. Os critérios de inclusão dos

sujeitos participantes no estudo foram os seguintes: idosos e utentes da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso. A amostra foi também selecionada com base na idade do sujeito, uma vez que só é considerado idoso aquele que tem idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. Como critério de exclusão, não foram aceites na amostra idosos que tivessem algum comprometimento cognitivo previamente diagnosticado.

Em termos éticos, a participação dos sujeitos foi voluntária, sendo o consentimento precedido de informação sobre o âmbito e a finalidade da investigação, garantindo a confidencialidade, e a possibilidade de desistência em qualquer fase se o participante assim o desejar. Relativamente aos instrumentos a serem utilizados na investigação empírica, todos os participantes completaram um questionário sociodemográfico, e foram avaliados com uma escala que avalia a incapacidade funcional, uma escala que avalia a memória subjetiva e uma tarefa que avalia a capacidade de tomada de decisão.

Assim, a amostra é composta por 104 participantes, 52 dos quais estão em regime institucionalizados correspondendo 50% da amostra, os restantes 50% da amostra encontram-se em regime não institucionalizado igualmente com 52 participantes. No que concerne ao género 70 participantes pertencem ao sexo feminino (67,5%) e os restantes 34 ao género masculino (32,7%). Quanto ao estado civil, a maior parte da amostra, nomeadamente 42 participantes são viúvos (40,4%), sendo que existem 38 participantes casados (36,5%), 18 solteiros (17,3%), enquanto 5 dos participantes são divorciados (4,8%) e 1 vive em união de facto (1,0%). Relativamente às habilitações literárias, 52 participantes são analfabetos (50%) contudo reconhecem os números, 41 participantes têm o ensino primário (39,4%), 10 participantes têm o ensino básico (9,6%) e 1 participante tem o ensino secundário (1,0%). A variável idade apresenta uma média de 81,89, sendo o desvio padrão 6,29. O quadro I resume as características sociodemográficas dos participantes no presente estudo.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos participantes (N=104)

Variáveis	n	%	M	D.P.
<i>Idade</i>	104	100	81,89	6,29

Variáveis	n	%	M	D.P.
<i>Género</i>				
Masculino	34	32,7		
Feminino	70	67,3		
<i>Condição</i>				
Institucionalizado	52	50		
Não institucionalizado	52	50		
<i>Estado Civil</i>				
Solteiro	18	17,3		
Casado	38	36,5		
Viúvo	42	40,4		
Divorciado	5	4,8		
União de facto	1	1,0		
<i>Habilitações literárias</i>				
Analfabeto	52	50		
Ensino primário	41	39,4		
Ensino básico	10	9,6		
Ensino secundário	1	1,0		

4.4. Instrumentos e Material

Tendo em conta os objetivos desta investigação, os instrumentos utilizados foram escolhidos com vista à conceptualização sociodemográfica, de funcionalidade, de memória subjetiva e capacidade de tomada de decisão da amostra à testagem das hipóteses em estudo. Assim, utilizou-se uma ficha de identificação e caracterização sociodemográfica, um instrumento de avaliação da funcionalidade (Índice de Barthel-IB; Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010), um instrumento de avaliação das queixas subjetivas de memória (Escala de queixas subjetivas de memória – QSM; Schmand et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Ginó et al., 2001) e uma tarefa cognitiva para avaliar a capacidade de tomada de decisão (Tarefa para avaliação dos processos de tomada de decisão; Dror et al., 1998), como se especifica de seguida.

4.4.1. Ficha de identificação e caracterização sociodemográfica

Esta ficha foi construída especificamente para esta investigação com o propósito de caracterizar a amostra e tem como objetivo recolher um conjunto de informações que possibilitem a caracterização do participante como a indicação de idade e género, do nível de escolaridade, de estado civil e se é institucionalizado ou não institucionalizado.

4.4.2. Índice de Barthel (IB) (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010)

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965, cit. in Sequeira, 2007). Na versão original a pontuação da escala varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a dependência máxima para todas as atividades de vida diárias avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas atividades de vida diárias avaliadas.

Este instrumento pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Uma vez que este instrumento tem sido bastante utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das atividades de vida diárias, têm sido desenvolvidas algumas versões que se distinguem da original por aumentarem ou diminuir as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 muito leve dependência e 100 independência.

Segundo Granger e colaboradores (cit in Sulter et al., 1999, cit in Araújo et al., 2007) o score 60 corresponde ao ponto de viragem entre dependência e independência. Para se avaliar a fidelidade do Índice de Barthel, do QSM e da Tarefa Cognitiva de

Tomada de Decisão, recorreu-se ao cálculo do *alpha de Cronbach* de forma a analisar a consistência interna dos diferentes instrumentos. Este valor é calculado com base na média das intercorrelações entre todos os itens constituintes dos testes, devendo o α exceder 0,80 para se considerar a existência de uma boa consistência interna (Ribeiro, 1999). Assim, verifica-se, neste estudo, um nível de fidelidade elevado para o Índice de Barthel, com um *alfa de Cronbach* de 0,95, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidas para a sobreposição, entre $r = 66$ e $r = 94$. Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos noutros estudos, como por exemplo, o de Haan, Limburg e Schuling (1993) em que $\alpha = 0,87$ ou o de Martins (2004), realizado com doentes com AVC portugueses, em que a consistência interna é igualmente elevada, com um α de 0.94.

Segundo Araújo e seus colaboradores (2007), o Índice de Barthel surge como um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica, contudo defende que, nos idosos, obtêm-se resultados mais significativos na avaliação dos itens do que o resultado global, uma vez que permitem identificar onde estão as incapacidades. Este facto torna-se relevante para a planificação dos cuidados necessários de uma forma personalizada. O quadro 2 resume os resultados da análise de consistência interna realizada para este instrumento no âmbito da presente investigação.

Quadro 2 – Resultados da análise da consistência interna do Índice de Barthel (N=104)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<i>Alimentação</i>	.66	.95
<i>Transferências</i>	.94	.94
<i>Higiene pessoal</i>	.85	.94
<i>Uso sanitário</i>	.93	.94
<i>Banho</i>	.51	.95
<i>Dejecções</i>	.79	.94

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
<i>Micção</i>	.74	.94
<i>Vestuário</i>	.89	.94
<i>Deambulação</i>	.93	.94
<i>Escadas</i>	.88	.94
Alpha de <i>Cronbach</i> Geral: .95		

Em suma, trata-se de um instrumento de administração rápida e de fácil aplicação, fidedigno e adequado para a investigação.

4.4.3. Escala de queixas subjetivas de memória (QSM) (Schmand et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Ginó et al., 2001)

O Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) publicou a segunda edição (2008) das Escalas e Testes na Demência. A escala de queixas subjetivas de memória (QSM) faz parte deste grupo de testes neuropsicológicos, sendo traduzido do inglês Subjective Memory Complaints Scale-SCM, da autoria de Schmand B. Jonker C. Hooijer C. and Lindboom J., publicado na *Neurology* 1996; 46:121-125.

Este questionário é composto por dez questões, sendo que a pontuação de cada item da escala varia de 0 (zero) ausência de queixas, a 1 (um), 2 (dois) ou 3 (três) pontos, conforme a gravidade da queixa, podendo somar um máximo de 21 pontos. Os pontos de corte para a população portuguesa são de 3/4. Valores superiores ou iguais a 4 pontos são indicativos da presença de queixas de memória significativas e valores inferiores ou iguais a 3 indicam queixas sem relevância.

Para este instrumento, o nível de fidelidade, apesar de não ser muito elevado, encontra-se acima do valor de referência, com o $\alpha = 0.83$, com os itens da escala a correlacionar-se com a escala total, corrigidas para a sobreposição, entre $r = .22$ e $r = .75$. Este valor corrobora outros valores de α , encontrados noutros estudos, como por exemplo,

no estudo de Vale, Balieito-Jr & Silva-Filho (2012), em que *o alfa de Cronbach* foi de 0,85, ou no estudo de Guerreiro, Veras, Motta, Veronesi & Schmidt (2006), em que o α obtido foi de 0,84. O quadro 3 resume os resultados da análise da consistência interna deste instrumento, no âmbito desta investigação.

Quadro 3 – Resultado da análise da consistência interna do QSM (N=104)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Tem queixas acerca da sua memória?	.62	.80
Já lhe disseram que o (a) acham esquecido (a)?	.45	.82
Esquece-se com frequência os nomes das pessoas da sua família ou de amigos?	.56	.81
Esquece-se frequentemente onde põe as coisas?	.59	.81
Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?	.22	.83
A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?	.61	.81
Já alguma vez se perdeu perto de casa?	.47	.82
Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?	.51	.81
Sente que as suas ideias por vezes ficam confusas (baralhadas)?	.56	.81

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Tem tido dificuldades em concentrar-se?	.75	.79
Alpha de <i>Cronbach</i> Geral: .83		

4.4.4. Tarefa para avaliação dos processos de tomada de decisão (Dror et al., 1998)

Para avaliar os processos de tomada de decisão utilizou-se uma experiência laboratorial, em que se isolam os mecanismos cognitivos de estímulos externos, com o propósito de verificar a eficácia no processamento de informação na tomada de decisões de risco em idosos, à semelhança do proposto por Dror, Katona e Mungur (1998). A tarefa elaborada assemelha-se a um jogo de *blackjack*, sendo pedido aos participantes para decidirem se querem ou não uma carta adicional às que já possuem. Aos participantes cabe obter a combinação de cartas com a maior soma, mas que não ultrapassasse o total de 21, apesar da existência de diferentes níveis de risco.

Sendo que a tarefa se assemelha a um jogo de *blackjack*, em cada ensaio duas cartas são apresentadas no ecrã do computador, cabendo aos participantes decidir se desejam ou não outra carta adicional às duas que lhe são atribuídas pelo *software*, de forma a obterem a maior soma possível, mas sem ultrapassar os 21 pontos. Apenas cartas com valores entre dois e dez são usadas na tarefa. Azes, damas, valetes e reis não são usados de forma a não enviesar os resultados, uma vez que os primeiros tanto podiam ser conotados como valendo um ponto, ou 11 pontos, e as cartas com figuras poderiam causar diferenças no seu reconhecimento percetivo entre os participantes.

De uma forma específica, todas as cartas têm a dimensão 3,2 x 5 cm e são apresentadas sobre um fundo bege uniforme, de forma a evitar que o participante seja distraído com algum estímulo externo às cartas. Cada carta consiste numa moldura retangular preta com o seu valor (entre dois e dez) a aparecer no centro da carta, grafado com o tipo de letra Arial a tamanho 64. A totalidade da tarefa é constituída por 21

ensaios organizados numa sequência de três blocos em função do nível de risco associado ao pedido de uma carta adicional (baixo, médio, alto). Cada bloco é constituído por sete ensaios contendo todas as possíveis somas de cartas e aleatoriamente apresentados no decorrer da tarefa.

Assim, cada tarefa contém sete ensaios com baixo nível de risco, em que a soma das cartas se situa entre os quatro (valor mínimo possível) e os 13 pontos, sete ensaios com nível de risco médio, em que a soma das cartas se situa entre os 14 e os 16 pontos e sete ensaios com alto nível de risco, em que a soma das cartas se situa entre os 17 e os 20 pontos (valor máximo possível). Em termos de procedimento, cada participante foi testado individualmente. Assim, inicialmente foi explicado o procedimento ao participante e fizeram-se três ensaios de teste, com o objetivo de familiarizar o participante com a metodologia empregue. Durante a explicação e os ensaios de teste, os participantes foram incentivados a colocar questões de forma a serem totalmente clarificados acerca do procedimento da tarefa. Após os ensaios de teste, os participantes foram testados através dos 21 ensaios experimentais, não podendo existir comunicação com o investigador.

Cada ensaio iniciou-se com um ponto de exclamação no ecrã do computador, sendo que para iniciar o ensaio, o participante clica na barra de espaço do computador. Em seguida, as cartas aparecem no ecrã e os participantes têm que decidir, o mais rapidamente possível, se querem ou não uma carta adicional, clicando na tecla do computador com a seta para a esquerda se desejam outra carta, ou na tecla do computador com a seta para a direita se não desejam adicionar nenhuma carta às que lhe foram atribuídas. Após a resposta do participante, aparece um novo ponto de exclamação no ecrã do computador, indicando o início de outro ensaio. Ao longo da testagem, os participantes não recebem nenhum *feedback* ou informação adicional, não veem que carta adicional recebem, nem se ganham ou não o jogo. A experiência tem uma duração de aproximadamente 180 segundos. O valor do *alfa de Cronbach* foi de 0,97 o que segundo Ribeiro (1999) revela uma boa consistência interna já que para tal este deve exceder o valor de 0,80.

4.5. Procedimento de recolha e análise dos dados

O processo de investigação aqui descrito foi inicialmente submetido à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, tendo-se precedido à recolha de dados somente a aprovação por parte desse mecanismo. Neste sentido, em termos éticos, a participação dos sujeitos foi voluntária, sendo o consentimento informado precedido de informação sobre o âmbito e a finalidade da investigação, garantindo a confidencialidade e a possibilidade de desistência em qualquer fase se o participante assim o desejasse (Ribeiro, 2008). Relativamente aos instrumentos utilizados na investigação empírica, foram pedidas autorizações por escrito da utilização dos instrumentos aos autores das validações nacionais.

Tendo em consideração que a investigação segue um desenho entre-sujeitos (*between-subjects*), o processo de recolha de dados foi igual para todos os sujeitos participantes. Assim, em termos procedimentais, inicialmente foram cumpridos os requisitos éticos e deontológicos através da informação acerca da natureza da investigação, para garantir uma participação livre e informada dos participantes, seguindo-se as assinaturas do consentimento informado. Antes do início da aplicação dos instrumentos foram explicadas as instruções dos mesmos, tendo a aplicação começado com o questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar de forma concreta a amostra, seguindo-se a aplicação dos instrumentos “Índice de Barthel (IB)”, “Escala de Queixas Subjetiva de Memória (QSM)” e “Tarefa para Avaliação dos Processos de Tomada de Decisão”, nesta ordem. A aplicação do procedimento aqui referida demorou aproximadamente trinta minutos por cada participante, tendo sido recolhida a totalidade dos dados em dez dias. Após da recolha total dos dados, procedeu-se à cotação dos instrumentos utilizados e deu-se início a testagem empírica das hipóteses referidas, através da utilização do programa IBM SPSS *Statistics* 17.0.

A análise estatística dos dados compreendeu, numa primeira fase, uma análise descritiva com valores das frequências absolutas e relativas, de dispersão e de tendência central das variáveis sociodemográficas da amostra em estudo. Esta análise estatística é fundamental na caracterização e descrição da amostra e na descrição dos resultados obtidos com os instrumentos utilizados. Relativamente a testagem de hipóteses, esta iniciou com a verificação, para cada uma, da presença na amostra dos pressupostos de

estatística paramétrica, através da normalidade e homogeneidade da variância para tal, recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov* de ajustamento à curva normal e de homogeneidade da variância da distribuição da população em relação aos instrumentos de medida. A satisfação destes critérios é condição para a utilização da estatística paramétrica (Ribeiro, 2008). Nos resultados do teste de hipótese, o limite inferior de significância assumido foi de $p < 0.05$ (grau de confiança de 95%), rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo 1 (erro em que se conclui que a variável independente afeta a variável dependente e na realidade tal não acontece; Ribeiro, 2008) fosse inferior a esse valor. Em seguida descrevemos os resultados obtidos através da análise estatística mencionada.

4.6. Resultados

Após a administração dos instrumentos à amostra, procedeu-se à análise estatística dos dados obtidos. O tratamento estatístico presente nesta investigação refere-se à análise descritiva, inferencial e correlacional. Relativamente à análise descritiva, serão aqui apresentados os resultados dos instrumentos utilizados.

4.6.1. Estudo da independência funcional

Na análise descritiva do Índice de Barthel (IB), verificou-se uma pontuação elevada no resultado total da escala, apresentando uma média de 80,29 pontos. No que concerne aos resultados específicos das componentes deste instrumento, verificou-se que as transferências apresentam resultados mais elevados ($M=12,26$; $DP=4,82$), seguindo-se a deambulação ($M=12,07$; $DP=5,47$), a alimentação ($M=9,33$; $DP=2,21$), as dejeções ($M=8,89$; $DP=3,03$), a micção ($M=8,37$; $DP=3,45$), o uso sanitário ($M=8,27$; $DP=3,40$), o vestuário ($M=7,60$; $DP=3,62$), as escadas ($M=7,45$; $DP=4,06$), a higiene pessoal ($M=3,85$; $DP=2,12$) e por fim o banho ($M=2,21$; $DP=2,50$). O quadro 5 resume os resultados das componentes deste instrumento no presente estudo.

Quadro 4 – Resultados das componentes do Índice de Barthel (N=104)

Componentes IB	Média	dp
<i>Alimentação</i>	9,33	2,21
<i>Transferências</i>	12,26	4,82
<i>Higiene pessoal</i>	3,85	2,12
<i>Uso sanitário</i>	8,27	3,40
<i>Banho</i>	2,21	2,50
<i>Dejecções</i>	8,89	3,03
<i>Micção</i>	8,37	3,45
<i>Vestuário</i>	7,60	3,62
<i>Deambulação</i>	12,07	5,47
<i>Escadas</i>	7,45	4,06

4.6.2. Estudo da memória subjetiva

Relativamente à análise descritiva do instrumento Queixas Subjetivas de Memória (QSM), verificou-se uma baixa pontuação no resultado total da escala, apresentando uma média de 3,98 pontos. No que concerne aos resultados específicos das questões deste instrumento, verificou-se que a questão “Sente que as suas ideias por vezes ficam confusas (baralhadas)?” apresenta os resultados mais elevados (M=.77; DP=.64), seguindo-se a questão “Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?” (M=.71; DP=.60), “Tem queixas acerca da sua memória?” (M=.61; DP=.86), “Esquece-se frequentemente onde põe as coisas?” (M=.58; DP=.84), “Tem tido dificuldades em concentrar-se?” (M=.36; DP=.61), “Já lhe disseram que o (a) acham esquecido (a)?” (M=.34; DP=.53), “A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?” (M=.25; DP=.43), “Esquece-se com frequência os nomes das pessoas da sua família ou de amigos?” (M=.23; DP=.67), “Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?” (M=.10; DP=.33) e por fim a questão “Já alguma vez se perdeu perto de casa?” (M=.05; DP=.22). O quadro 6 resume os resultados das questões deste instrumento.

Quadro 5 – Resultado das componentes do QSM (N=104)

Componentes QSM	Média	dp
Tem queixas acerca da sua memória?	,61	.86
Já lhe disseram que o (a) acham esquecido (a)?	,34	.53
Esquece-se com frequência os nomes das pessoas da sua família ou de amigos?	,23	.67
Esquece-se frequentemente onde põe as coisas?	,58	.84
Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?	,10	.33
A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?	,25	.43
Já alguma vez se perdeu perto de casa?	,05	.22
Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?	,71	.60
Sente que as suas ideias por vezes ficam confusas (baralhadas)?	,77	.64
Tem tido dificuldades em concentrar-se?	,36	.61

4.6.3. Estudo da tomada de decisão

Na análise descritiva da tarefa cognitiva para avaliar a rapidez na tomada de decisão verificou-se uma pontuação média de 6,20 pontos. Relativamente aos resultados específicos deste instrumento, verificou-se que o tempo do ensaio 4 (M=6,56; DP=9,13) apresenta resultados mais elevados, seguindo-se o tempo do ensaio 5 (M=6,53; DP=8,86), o tempo do ensaio 11 (M=6,45; DP=8,52), o tempo do ensaio 1 (M=6,41; DP=8,90), o tempo do ensaio 21 (M=6,34; DP=8,48), o tempo do ensaio 7 (M=6,31; DP=8,86), o tempo do ensaio 15 (M=6,28; DP=8,47), o tempo do ensaio 8 (M=6,26; DP=8,70), o tempo do ensaio 12 (M=6,24; DP=8,01) e 13 (M=6,24; DP=8,43), o tempo do ensaio 2 (M=6,22; DP=8,66), o tempo do ensaio 17 (M=6,21; DP=8,38), o tempo do ensaio 9 (M=6,16; DP=8,46), o tempo do ensaio 10 (M=6,13; DP=8,69) e 16 (M=6,13; DP=8,47), o tempo do ensaio 20 (M=6,11; DP=8,21), o tempo do ensaio 3 (M=6,10;

DP=8,69), o tempo do ensaio 18 (M=6,02; DP=8,10), o tempo do ensaio 6 (M=6,00; DP=8,54), o tempo do ensaio 19 (M=5,82; DP=7,93) e por fim o tempo do ensaio 14 (M=5,66; DP=7,81).

Quadro 6 - Resultado das componentes da tarefa cognitiva de tomada de decisão
(N=104)

Componentes Tarefa Cognitiva	Média	dp
ensaio 1 tempo	6,41	8,90
ensaio 2 tempo	6,22	8,66
ensaio 3 tempo	6,10	8,69
ensaio 4 tempo	6,56	9,13
ensaio 5 tempo	6,53	8,86
ensaio 6 tempo	6,00	8,54
ensaio 7 tempo	6,31	8,86
ensaio 8 tempo	6,26	8,70
ensaio 9 tempo	6,16	8,46
ensaio 10 tempo	6,13	8,69
ensaio 11 tempo	6,45	8,52
ensaio 12 tempo	6,24	8,01
ensaio 13 tempo	6,24	8,43
ensaio 14 tempo	5,66	7,81
ensaio 15 tempo	6,28	8,47
ensaio 16 tempo	6,13	8,47
ensaio 17 tempo	6,21	8,38
ensaio 18 tempo	6,02	8,10
ensaio 19 tempo	5,82	7,93
ensaio 20 tempo	6,11	8,21
ensaio 21 tempo	6,34	8,48

Assim, tal como descrito, verificam-se resultados elevados em apenas um dos instrumentos (IB), enquanto que os restantes instrumentos apresentam resultados baixos. O quadro 8 resume os resultados descritos.

Quadro 7 – Estatística descritiva dos resultados dos instrumentos utilizados
(N=104)

Instrumento	n	%	Média	dp	Mínimo	Máximo
Índice de Barthel (0-100)	104	100	80,29	30,20	0	100
Queixas Subjetivas de Memória (0-21)	104	100	3,98	3,82	0	18
Tarefa Cognitiva Tempo de Tomada de decisão	104	100	6,20	8,37	1,12	47,72

Tendo sido efetuada a análise descritiva dos resultados de cada um dos instrumentos utilizados na recolha dos dados relativamente às variáveis da independência funcional, da memória subjetiva e da tomada de decisão, em seguida descrevem-se os resultados da análise inferencial e correlacional implementada na testagem de cada uma das hipóteses levadas a cabo no âmbito desta investigação.

4.6.4. Teste de Hipóteses

Como foi descrito anteriormente, a presente investigação conta com quatro hipóteses. Em seguida são descritos os resultados da testagem de cada uma delas.

4.6.4.1. Hipótese 1: Prevê-se que os idosos que apresentam maior independência funcional apresentam melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão.

Esta hipótese pretende verificar a associação entre três variáveis, a independência funcional (medida pela pontuação total do IB), a memória subjetiva (medida pela pontuação total do QSM) e a rapidez na tomada de decisão (medida pela tarefa cognitiva), nos sujeitos constituintes da amostra. Tendo a análise exploratória dos dados revelado o incumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica (a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição e homogeneidade da variância), utilizaram-se testes não paramétricos para testar esta

hipótese. Assim, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman's rho* para estudar a relação entre a independência funcional, a memória subjetiva e a rapidez na tomada de decisão.

A partir do resultado obtido com esta testagem verificou-se a existência de uma correlação positiva muito baixa entre a capacidade funcional e a memória subjetiva ($r=.021$, $p<.05$). No que concerne à relação entre independência funcional e tomada de decisão, o valor do coeficiente de correlação de *Spearman's rho*, revelou ser inexistente visto que o valor obtido foi de $r=.000$. Pode-se ainda verificar através do coeficiente correlação de *Spearman's rho* uma relação entre a memória subjetiva e a tomada de decisão, com o valor de $r=.002$, não sendo este estatisticamente significativo. Estes resultados aparecem também descritos no quadro 9.

Quadro 8 – Coeficientes de correlação de *Spearman's rho* entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão.

	Independência funcional	Memória subjetiva	Tomada de decisão
Independência funcional	1.000	.021	.000
Memória subjetiva	.021	1.000	.002
Tomada de decisão	.000	.002	1.000

4.6.4.2. Hipótese 2: Prevê-se que os idosos não institucionalizados apresentam maior independência funcional, melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão em relação aos idosos institucionalizados.

Para testar esta hipótese, que supõe existirem diferenças estatisticamente significativas entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados no que diz respeito à independência funcional (medida pela pontuação total do IB), memória

subjetiva (medida pela pontuação total do QSM) e rapidez na tomada de decisão (medida pela pontuação total da tarefa cognitiva), optou-se pela utilização da estatística não paramétrica, uma vez que a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição nem homogeneidade da variância. Assim, utilizou-se o teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos (institucionalizados e não institucionalizados) relativamente a cada uma das variáveis em estudo (independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão). Neste sentido, verificou-se existir significância estatística, na comparação dos grupos, relativamente à independência funcional ($Z=-6.624$, $p=.000$), à memória subjetiva ($Z=-3.600$, $p=.000$) e à rapidez na tomada de decisão ($Z=-6.157$, $p=.000$). Assim, existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade funcional entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados, evidenciando estes últimos, resultados mais elevados. Relativamente à memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão, verifica-se igualmente diferenças estatisticamente significativas entre institucionalizados e não institucionalizados, sendo que, os institucionalizados apresentam resultados mais elevados. Estes resultados aparecem também descritos no quadro 10.

Quadro 9 – Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos institucionalizados e não institucionalizados relativamente à independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão.

Variável/Grupo	N	Mean rank	Z	p
<i>Independência funcional</i>				
Institucionalizado	52	33,73	-6.624	.000
Não Institucionalizados	52	71,27		
<i>Memória subjetiva</i>				
Institucionalizado	52	63,06	-3.600	.000
Não Institucionalizados	52	41,94		
<i>Tomada de decisão</i>				
Institucionalizado	52	70,71	-6.157	.000
Não Institucionalizados	52	34,29		

4.6.4.3. Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos idosos relativamente à rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

Para testar esta hipótese, que prevê que existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos idosos relativamente à rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva foi utilizada estatística não paramétrica, uma vez que a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição nem homogeneidade da variância. Assim, para comparar os grupos relativos a quatro níveis de escolaridade (sabem ler e escrever, ensino primário, ensino básico e ensino secundário) quanto à independência funcional, memória subjetiva e rapidez de tomada de decisão, realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*.

A partir desta testagem não se verificam diferenças significativas entre os níveis de escolaridade relativamente à independência funcional ($X^2=5.980$, $p=.113$) e relativamente à memória subjetiva ($X^2=3.735$, $p=.292$). Quanto à tomada de decisão verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=9.677$, $p=.022$) embora que muito baixa. Estes resultados aparecem também descritos no quadro 11.

Quadro 10 – Resultado dos testes de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos relativos ao nível de formação quanto à independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão.

Variável/Grupo	N	Mean Rank	X ²	p
<i>Independência funcional</i>				
Sabem ler e escrever	52	45,92		
Ensino Primário	41	57,80	5.980	.113
Ensino Básico	10	65,10		
Ensino Secundário	1	51,00		

Variável/Grupo	N	Mean Rank	X²	p
<i>Memória subjetiva</i>				
Sabem ler e escrever	52	55,10		
Ensino Primário	41	51,01	3.735	.292
Ensino Básico	10	41,10		
Ensino Secundário	1	92,50		
<i>Tomada de decisão</i>				
Sabem ler e escrever	52	60,10		
Ensino Primário	41	46,85	9.677	.022
Ensino Básico	10	33,30		
Ensino Secundário	1	81,00		

Assim, de acordo com os resultados apurados, aceita-se parcialmente a presente hipótese uma vez que se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os resultados da rapidez na tomada de decisão quanto ao nível de escolaridade. No entanto rejeita-se o pressuposto da existência de uma diferença significativa entre os níveis de escolaridade e a capacidade funcional e a memória subjetiva.

4.6.4.4. Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à sua rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

Para testar esta hipótese, que supõe existirem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que diz respeito à rapidez na tomada de decisão (medidos pela pontuação total da tarefa cognitiva), à independência funcional (medidos pela pontuação total do IB) e à memória subjetiva (medidos pela pontuação total do QSM), optou-se pela utilização de estatística não paramétrica, uma vez que a análise exploratória dos dados revelou não haver normalidade da distribuição nem homogeneidade da variância.

Assim, utilizou-se o teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação de grupos (feminino e masculino) relativamente a cada uma das variáveis em estudo (independência funcional, memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão). Neste sentido, relativamente à independência funcional verificou-se existir significância estatística ($Z=-1.982$, $p=.047$) na comparação entre os grupos. Assim, existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade funcional entre mulheres e homens, evidenciando estes últimos, resultados mais elevados. Relativamente à memória subjetiva, os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos não mostraram significância estatística ($Z=-.954$, $p=.340$), assim como aconteceu na rapidez na tomada de decisão, que também não mostraram significância estatística ($Z=-1.164$, $p=.244$). Desta forma, não há diferenças estatisticamente significativas na memória subjetivas e na rapidez na tomada de decisão entre mulheres e homens. Estes resultados aparecem também descritos no quadro 12.

Quadro 11 - Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos feminino e masculino relativamente à independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão.

Variável/Grupo	N	Mean rank	Z	p
<i>Independência funcional</i>				
Feminino	70	48,59	-1.982	.047
Masculino	34	60,56		
<i>Memória subjetiva</i>				
Feminino	70	50,55	-.954	.340
Masculino	34	56,51		
<i>Tomada de decisão</i>				
Feminino	70	54,90	-1.164	.244
Masculino	34	47,56		

Assim, de acordo com os resultados apurados, aceita-se parcialmente esta hipótese uma vez que se verifica uma diferença significativa, entre homens e mulheres, nos resultados da independência funcional. No entanto, rejeita-se o pressuposto da

existência de uma diferença significativa entre ambos os grupos relativamente à memória subjetiva e tomada de decisão.

Neste capítulo descreveu-se a metodologia utilizada para a realização do estudo empírico, tendo-se inicialmente apresentado as hipóteses a testar. Estas, tendo por base a resenha bibliográfica apresentada nos capítulos anteriores, basearam-se na verificação da relação entre a independência funcional, memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão considerando fatores como o género, o nível de escolaridade e a condição em que se encontravam (institucionalizado e não institucionalizado). A amostra e os instrumentos utilizados na testagem das hipóteses foram também descritos neste capítulo. Por fim, apresentaram-se os resultados da testagem de hipóteses, tendo sido descritos todos os procedimentos utilizados nessa mesma testagem. Neste sentido, os resultados verificados na presente amostra, obtidos a partir da aplicação dos instrumentos mostram elevados índices tanto na capacidade funcional, na memória subjetiva e na rapidez na tomada de decisão.

Relativamente à testagem das hipóteses, confirma-se a relação entre independência funcional, memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão assim como também confirma a relação das mesmas variáveis em relação à condição dos participantes. Verifica-se igualmente relação entre a rapidez na tomada de decisão e o nível de escolaridade e também existe uma relação entre a capacidade funcional entre géneros. Por outro lado, os resultados aqui descritos rejeitam a influência do género na memória subjetiva e na rapidez na tomada de decisão e o nível de escolaridade na capacidade funcional e memória subjetiva. No próximo capítulo discutem-se aprofundadamente os resultados aqui descritos, conceptualizando-os teoricamente.

Capítulo V

Discussão dos Resultados

Partindo dos dados obtidos no capítulo anterior, este capítulo pretende conceptualizar os resultados da testagem de hipóteses à luz da resenha bibliográfica elaborada na primeira parte do presente documento, tendo em conta os objetivos da presente investigação. Assim, este capítulo investe na discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior, sendo que, inicialmente discutem-se os resultados relativos à hipótese orientadora do propósito geral desta investigação e que pretende avaliar a relação entre independência funcional, memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão. Em seguida, discutem-se os resultados da testagem de hipóteses formuladas a partir de objetivos mais específicos, nomeadamente a possível relação entre a condição dos participantes, as diferenças de género e o nível de escolaridade relativamente aos constructos em estudo. Por fim, este capítulo termina com a discussão da relação entre independência funcional, memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão.

5.1. Hipótese 1: Prevê-se que os idosos que apresentam maior independência funcional apresentam melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão.

Para avaliar a natureza da relação existente entre a capacidade funcional dos idosos e a memória subjetiva e a tomada de decisão, recorreu-se ao cálculo do Coeficiente de Correlação de *Spearman's rho*. Relativamente à relação existente entre a capacidade funcional e a memória subjetiva, obteve-se um valor de $p=.021$, que corresponde a uma associação positiva muito baixa. Na prática este valor significa que à medida que aumenta o índice de capacidade funcional do idoso, aumenta ligeiramente o índice da memória subjetiva, o que vai de encontro ao enunciado na hipótese inicial. Como foi dito anteriormente no presente trabalho, o envelhecimento comporta défices e perdas a nível cognitivo, comportamental e biológico, nomeadamente na memória. Apesar de não existir um tratamento que possa curar ou reverter os efeitos existem

métodos que procuram tornar mínimos os sintomas cognitivos e comportamentais, existindo assim tratamentos para o treino da memória (Belleville, 2006). Um dos tratamentos utilizados tem sido o exercício físico, prática que contribui em grande parte para a independência funcional do idoso, que é a capacidade de realizar as atividades básicas do dia-a-dia (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012; Santos, Pereira, Santana & Salles, 2013). Segundo o estudo realizado por Gow e colaboradores (2012) a atividade física pode ser melhor que os exercícios que estimulam a mente para proteger o cérebro contra o envelhecimento e assim proteger a memória. No seu estudo, feito com quase 700 idosos, chegou-se à conclusão que, quem é fisicamente ativo, tende a ter volumes maiores de massa cinzenta e branca no cérebro, o que indica que os prejuízos da memória e da cognição são menores nestes indivíduos (Gow *et al.*, 2012). Este facto é também comprovado pelo estudo realizado por Borges, Benedetti & Mazo (2009) que concluem que o exercício físico tem uma influência positiva na melhoria dos défices cognitivos, nomeadamente da memória e aptidão funcional. Assim, pode-se afirmar que, relativamente à relação entre a independência funcional e à memória subjetiva, a hipótese foi confirmada e os resultados foram os esperados tendo em conta outros estudos já realizados.

No que concerne à relação entre interdependência funcional e tomada de decisão, o valor da correlação de *Spearman's rho*, revelou ser inexistente mostrando que o facto de o idoso ser capaz de realizar as suas atividades básicas do dia-a-dia não implica que este seja capaz de tomar decisões. Goldim (2000) afirma que mesmo em situações de incapacidade temporária ou até mesmo definitiva, o idoso pode utilizar inúmeras formas para preservar a sua tomada de decisão, o que revela que não conseguir realizar as atividades do quotidiano não implica que o idoso não seja capaz de decidir o que quer fazer e o rumo diário da sua vida. O estudo de Cunha (2004) sobre Autonomia e Tomada de Decisão revela a importância conferida ao princípio do respeito pela autonomia mesmo em situações de doença terminal que lhes limita a sua independência funcional. Frases como “Eu quero que os meus valores orientem as escolhas dos cuidados no fim da minha vida” e “Eu quero participar ativamente nos meus cuidados de saúde, no fim da vida”, denotam uma profunda convicção dos idosos em eleger ações baseadas na liberdade e na capacidade de agir autonomamente. Assim, e apesar de a hipótese inicial da independência funcional fazer com que a tomada de

decisão também aumente não seja confirmada, o resultado obtido da sua relação confirma o que se verifica em vários estudos, que ser independente no funcionamento não implica que o sujeito esteja apto para tomar decisões e vice-versa.

5.2. Hipótese 2: Prevê-se que os idosos não institucionalizados apresentem maior independência funcional, melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão em relação aos idosos institucionalizados.

A segunda hipótese prevê que os idosos não institucionalizados apresentem maior independência funcional, melhor memória subjetiva e maior rapidez de tomada de decisão em relação aos idosos institucionalizados. Para isso recorreu-se ao teste de *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos grupos institucionalizados e não institucionalizados relativamente à independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão. No que diz respeito à independência funcional verificou-se que existe um nível maior de independência funcional nos idosos não institucionalizados (*mean rank* = 71,27) em comparação ao valor obtido da relação entre a independência funcional e a institucionalização (*mean rank* = 33,73). Estes valores são corroborados pelo estudo realizado por Grave, Guerra, Portela, Portes & Rebelatto (2007), em que se verificou que a independência funcional dos idosos institucionalizados que participaram era menor que a dos não institucionalizados.

Altos valores na pontuação da independência funcional estão relacionados a uma melhor mobilidade. Alterações da cognição podem estar relacionadas a alterações na execução das atividades que determinam a capacidade funcional e a institucionalização de um idoso pode influenciar o comprometimento de suas funções autónomas (Grave *et al.*, 2007). Outra das razões para esta diferença foi apontada por Almeida & Derntl (1996) referindo que a institucionalização contribui para acentuar problemas de isolamento social e perda de autonomia nos idosos. Viana, Silva, Souza & Cardoso (2013) revelaram que a dependência funcional é um fator bastante comum na vida dos idosos institucionalizados, sendo os mesmos portadores de diversas limitações, muitas das quais resultantes não só de problemas médicos decorrentes da idade mas também das relações existentes entre o ambiente e a população assistida. Os resultados deste

estudo permitiram ainda verificar que o incentivo à realização das diversas atividades diárias, bem como a participação em programas que visem a melhoria da capacidade funcional e da aptidão física, é essencial na prevenção contra as diversas deteriorações que limitam a funcionalidade (Viana *et. al.*, 2013). São estes factos e os valores obtidos que confirmam a hipótese colocada inicialmente que idosos não institucionalizados apresentem maior independência funcional.

Por outro lado, verificou-se que existe um maior grau de memória subjetiva nos idosos institucionalizados (*mean rank* = 63,06) em comparação com os não institucionalizados (*mean rank* = 41,94), não confirmando assim a hipótese inicial. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de hoje em dia as instituições, nomeadamente, os lares de terceira idade, fomentarem a participação em diversas atividades de lazer, a participação em atividades grupais, assim como a utilização de exercícios de resolução de problemas que irão contribuir para a estimulação cognitiva do idoso, contribuindo assim também para a melhoria da sua memória (Celestino, 2009). Exercícios cognitivos realizados junto dos idosos institucionalizados revelaram ter bons resultados, congruentes com a estimulação da memória, atenção e concentração dos idosos (Castro, 2011). Os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro aos resultados de outros autores que destacaram que as tarefas de estimulação cognitiva levadas a cabo nas instituições evidenciavam melhorias ao nível da memória dos seus participantes (Willis *et al.*, 2006). Será esta a melhor explicação para os resultados obtidos, que os idosos que se encontrem institucionalizados, recebam intervenção a nível cognitivo, o que lhes permite ter a memória em melhor estado que os idosos que se não se encontram em instituições.

No que concerne à rapidez da tomada de decisão verificou-se que existe uma maior rapidez na tomada de decisão nos idosos institucionalizados (*mean rank* = 70,71) em comparação com os não institucionalizados (*mean rank* = 34,29), não confirmando assim a hipótese inicial e verificando-se uma diferença significativa entre os dois valores. A maioria dos idosos é completamente capaz de definir os seus interesses e organizar-se sem qualquer tipo de auxílio (Erlen, 1994, *cit. in* Ramos, 2008). Atualmente, sabe-se que as competências do idoso para se envolver nos assuntos, para perceber e ponderar quais as alternativas e a probabilidade de comunicar a sua preferência, são imperativas no processo de tomada de decisão, não dependem da idade

do indivíduo. No entanto, o processo de envelhecimento, mesmo que saudável, resulta em mudanças substanciais nos processos cognitivos complexos denominados funções executivas, dentre das quais a rapidez na tomada de decisões (Bakos, Parente & Bertagnolli, 2010). Para colmatar estas mudanças, que são irreversíveis, Celestino (2009), mostra que as instituições de idosos apostam cada vez mais em exercícios de estimulação cognitiva para os seus utentes, visando a estimulação das suas funções cognitivas superiores como a memória, linguagem e a rapidez na tomada de decisão. Assim, idosos em instituições que os estimulem cognitivamente apresentam uma maior capacidade na tomada de decisões comparativamente aos idosos não institucionalizados, que não são estimulados de forma continuada para a obtenção de tais resultados, sendo o caso do presente estudo.

5.3. Hipótese 3: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos idosos relativamente à rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

A Hipótese 3 teoriza que existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos idosos relativamente à rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva. Pretende-se verificar as diferenças do nível de escolaridade relativamente à capacidade de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva. Para tal recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para comparação dos grupos relativos ao nível de formação quanto à independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão. As diferenças entre a independência funcional nos diferentes níveis de formação não são muito elevadas, no entanto pode-se verificar que quanto menor o nível educacional do idoso menor o grau de independência funcional.

Este resultado é confirmado por Pereira & Besse (2011) que verificaram que quando o tempo de escolaridade é superior a oito anos, os idosos apresentam uma independência funcional maior do que aqueles idosos que possuem um tempo menor de escolaridade. Estes resultados são também confirmados pelo estudo de Huebra, Carvalho, Alves, Andrade, Aredes & Bruno (2010). As diferenças entre a memória subjetiva nos diferentes níveis de formação também se destacam. Tal resultado vai de

encontro a diversos estudos. Por exemplo Oliveira (1999) verificou que idosos com baixo nível de instrução ou analfabetos apresentam tendência a um funcionamento intelectual diferente dos idosos com mais instrução escolar. Essas diferenças são sentidas em áreas como a velocidade de processamento, resolução de problemas e, como é óbvio, na memória. No seu estudo Denney (1995) observou que as melhores performances nas capacidades intelectuais dos idosos estão relacionadas a um maior nível de escolaridade. Para Elias, Elias, D'Agostino e Wolf (1997), a baixa performance em testes de memória pelos idosos está relacionada com um menor nível de escolaridade.

Schaie (1994) acentua que a redução do declínio cognitivo, e conseqüentemente da memória, pode ser ocasionada por um maior envolvimento em atividades educacionais e intelectuais. Seguindo essa afirmação, Denney (1995) constatou que adultos com maior escolaridade possuem menor possibilidade de sofrer declínios cognitivos. Estes estudos e os resultados obtidos neste trabalho confirmam a hipótese inicial, visto verificar-se uma relação entre a memória subjetiva e o nível de escolaridade do idoso.

As diferenças entre a rapidez de tomada de decisão nos diferentes níveis de formação não são muito elevadas no que diz respeito aos idosos que sabem ler e escrever, aqueles que frequentaram o ensino primário e os que frequentaram o ensino básico, notando-se uma grande diferença entre estes três níveis de formação e o ensino secundário, que possui uma velocidade de tomada muito acima dos restantes. Estes valores estão de acordo com o encontrados por Lezak (1995) que observou que os idosos com nível de educação mais elevado tendem a ser mais rápidos no processamento das informações, e conseqüentemente, mais rápidos nas tomadas de decisão do que aquelas com pouca ou nenhuma educação média.

Como já foi referido anteriormente, o envolvimento em atividades intelectuais e educacionais contribuem para a atenuação e redução do declínio cognitivo o que faz com que tarefas cognitivas como a tomada de decisão sejam preservadas (Schaie, 1994; Denney, 1995). Os idosos que possuem formação acadêmica de ensino superior encontram-se num estágio mais avançado do desenvolvimento psicológico e moral em relação aos que apenas conseguiram concluir o ensino básico. Estes dados são

interessantes segundo a perspectiva social e psicológica, pois os idosos com maior capacidade para tomar decisões também apresentaram melhores condições para gerir a sua vida e a sua saúde (Celich & Zenevicz, 2010). Assim os resultados obtidos neste trabalho vieram confirmar a hipótese inicial, visto que se verifica uma relação entre a rapidez na tomada de decisão e o nível de escolaridade do idoso.

5.4. Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à sua rapidez de tomada de decisão, independência funcional e memória subjetiva.

A última hipótese previa a existência de diferenças ente homens e mulheres no que diz respeito à independência funcional, memória subjetiva e rapidez de tomada de decisão. Para isso recorreu-se ao teste de *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos géneros relativamente às mencionadas variáveis. Relativamente à diferença do nível de independência funcional, verificou-se que os homens possuem uma maior independência funcional (*mean rank* = 60,56) em relação às mulheres (*mean rank* = 48,59). Estes resultados vêm confirmar outros estudos realizados acerca desta temática onde se destaca que, apesar da maior esperança de vida nas mulheres, existe uma menor proporção de anos vividos sem incapacidade relativamente aos homens, sendo que estes realizam as suas tarefas diárias de forma autónoma até mais tarde comparativamente às mulheres (Ramos, 2003; Barbosa *et al.*, 2005).

De referir também que o desempenho físico dos homens idosos é melhor que nas mulheres idosas em áreas como o equilíbrio, marcha, força dos membros inferiores, entre outros, o que também vai contribuir para que estes mantenham a sua independência funcional por mais tempo (Osthega *et al.* 2000; Parahyba, Veras, & Melzer, 2005), ressaltando assim as diferenças funcionais e fisiológicas entres mulheres e homens, principalmente na fase da velhice (Marucci & Barbosa, 2003). Deste modo a hipótese da existência de diferenças relativamente ao género no que concerne à independência funcional dos idosos é assim confirmada.

No que respeita à memória subjetiva verificou-se não haver grandes diferenças entre homens e mulheres. Ainda assim, o sexo masculino apresenta um valor mais elevado para a memória subjetiva (*mean rank* = 56,51) do que o sexo feminino (*mean rank* = 50,55). No entanto, e fazendo o levantamento de outros estudos sobre este assunto podemos verificar que geralmente os homens aparecem como tendo uma menor memória subjetiva do que as mulheres, como por exemplo no estudo de Holmen *et al.* (2013), em que os problemas de memória foram relatados com mais frequência em homens do que em mulheres e foram associados à saúde global, sintomas de depressão e ansiedade e nível de ensino (como já foi visto anteriormente neste estudo). No entanto Lezak (1995) demonstra que a velocidade de processamento das informações nos homens tende a ser mais rápida que nas mulheres, e este facto tem repercussões na memória. No entanto as diferenças são pequenas o que sugere que com outro tipo de amostra, os resultados poderiam corroborar os estudos disponíveis. Existem portanto diferenças relativamente ao género no que respeita à memória subjetiva, no entanto estas não são muito significativas.

Finalmente, no que diz respeito à rapidez de tomada de decisão, os resultados indicam existir uma maior rapidez na tomada de decisão por parte das mulheres (*mean rank* = 54,90) em comparação aos homens (*mean rank* = 47,56). Tais valores são confirmados através de estudos como o de Moye & Marson (2007), que afirmam que apesar de os idosos apresentarem dificuldades no momento de uma tomada de decisão, as mulheres conseguem ser mais rápidas que os homens, confirmando assim a hipótese inicial.

Em suma, a presente investigação comprovou a hipótese orientadora do trabalho e descritiva do seu objetivo principal, tendo-se verificado que quanto maior a capacidade funcional, melhor é a memória subjetiva e maior é a rapidez na tomada de decisão. De forma mais específica, verifica-se que a condição (institucionalizado e não institucionalizado) do participante está implicada na independência funcional, na memória subjetiva e na rapidez na tomada de decisão. Verifica-se que existem diferenças significativas quanto à rapidez na tomada de decisão nos níveis de escolaridade e da capacidade funcional quanto ao género. Por outro lado, relativamente

à capacidade funcional e memória subjetiva não se verificam diferenças significativas quanto ao nível de escolaridade e também não existem diferenças significativas entre a memória subjetiva e rapidez na tomada de decisão entre os géneros.

Conclusão

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico em todas as sociedades mundiais. As repercussões para a sociedade, de populações progressivamente mais idosas são imensas, nomeadamente no que diz respeito à saúde. Os padrões de mortalidade e morbidade são cada vez mais debatidos e o conceito de autonomia e independência funcional é visto como uma forma de quantificar a qualidade de vida do idoso.

É necessária a formação de equipas multidisciplinares de forma a que estas estejam preparadas para a aplicação de instrumentos que avaliem a pessoa idosa no que diz respeito a défices cognitivos, assim como, sejam capazes de elaborar e por em prática atividades que melhorem o desenvolvimento do idoso, visando a sua qualidade de vida. Neste trabalho focaram-se três aspetos muito importantes que permitem que o idoso atinga a tão desejada qualidade de vida: interdependência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção junto à população idosa, tendo como foco principal na sua funcionalidade, independentemente da idade. Os mecanismos de ajustamento aplicados na velhice favorecem a perceção da própria saúde e conseqüentemente melhoram o bem-estar e a saúde dos idosos. De mencionar também que o paradigma no qual foi efetuado o presente estudo não nos permite estabelecer relações de causa-efeito entre as variáveis, uma vez que foi utilizada uma metodologia correlacional que nos permite apenas avaliar as relações entre os construtos, sendo uma limitação da investigação. De igual forma, a utilização de instrumentos de auto-relato pode ter de alguma forma enviesado os resultados devido a fatores de desejabilidade social que poderia estar presentes.

O envelhecimento não é apenas um momento na vida do indivíduo, mas um processo extremamente complexo, que tem implicações tanto para a pessoa que o vivência, como para a sociedade que o assiste. Assim, os dados encontrados neste estudo permitem inferir que a avaliação contínua da funcionalidade do idoso pode subsidiar estratégias de manutenção da capacidade funcional pelo maior tempo possível. Políticas públicas de saúde voltadas para programas específicos de prevenção aos

fatores relacionados à incapacidade funcional e que estimulem a vida associativa poderão contribuir para o envelhecimento bem-sucedido e para a melhor qualidade de vida dessa população.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, S. (2005). *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos*. Dissertação de doutorado apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Almeida, O., Hill, K., Howard, R., O'brien, J., & Levy, R. (1993). Demographic and clinical features of patients attending a memory clinic. *Int J Geriat Psychiatry*, 8, 497-501.
- Almeida, M. & Derntl, A. (1996). Auto-cuidado: uma estratégia de atenção ao idoso em terapia ocupacional. *Gerontologia*, 4(2), 79-82.
- Almeida, M., Beger, M. & Watanabe, H. (2007). Memory training for the elderly: a health promotion strategy. *Interface*, 11 (22), 271-280.
- American Psychiatric Association – APA. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4.^a Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baddeley, Alan D. (2004) The psychology of memory. In Baddeley, A., Kopelman, M., Wilson, B. (Eds.), *The Essential Book of Memory Disorders for Clinicians*. Chichester. John Wiley & Sons.
- Bakos, D., Parente, M. & Bertagnolli, A. (2010). A tomada de decisão em adultos Jovens e em adultos idosos: um estudo comparativo. *Psicologia, Ciência e*

Profissão, 30(1), 162-173.

Ballesteros, J., & Rodríguez, B. (1996). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid, España: Universitas.

Baltes, P. (1994). Envelhecimento cognitivo: potencialidades e limites. *Gerontologia*, 2(1): 23-44.

Barbosa, A., Souza, J., Lebrão, M., Laurenti, R., & Marucci, M. (2005). Diferenças em limitações funcionais de idosos brasileiros de acordo com idade e sexo: dados da pesquisa SABE. *Cad Saúde Pública*, 21(4), 1177- 1185.

Barker, A., Jones, R., & Jennison, C. (1995). A prevalence study of age-associated memory impairment. *Br J Psychiatry*, 167:642-648.

Bechara, A. (2003). Risky business: Emotion, decision-making, and addiction. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 23-51.

Bechara, A. (2001). *Neurobiology of decision-making: Risk and reward*. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 6(3), 205-216.

Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). *Emotion, decision making, and the orbitofrontal cortex*. *Cerebral Cortex*, 10, 295-307.

Bechara, A., Tranel, D., & Damasio, H. (2000). *Characterization of the decision making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions*. *Brain*, 123, 2189-2202.

- Belleville, S. (2006). Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr.* 20(1), p.57-66.
- Benites, D. & Gomes, W. (2007). Tradução, Adaptação E Validação Preliminar Do Prospective And Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). *Psico-USF*, 12(1), 45-54.
- Berrios, G. (2000). Psicopatologia descriptiva: nuevas tendencias. In Luque, R. & Villagrán, J. (Ed.), *Psicología clínica y psicopatología*. Madrid: Trotta.
- Borges, L., Benedetti, T. & Mazo, G. (2009). Exercício físico, déficits cognitivos e Aptidão funcional de idosos usuários dos Centros de saúde de Florianópolis. *Revista de Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 13(3), 167-177.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília.
- Burgess, P. (2003). Assessment of executive function. In Halligan, P., Kischka, U., Marshall, J. (Eds.), *Handbook of clinical neuropsychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. (Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade

Lusíada do Porto). Universidade Lusíada do Porto. Porto.

Castro, A. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*.
Dissertação de Mestrado, Departamento de Educação - Universidade de Aveiro,
Portugal.

Calero, G. & Navarro, E. (2007). Cognitive plasticity as a modulating variable on the
effects of memory training in elderly persons. *Arch of Clinical Neuropsych*, 22:
63-72.

Casara, M., in Osório, A. Requejo, Pinto, Fernando Cabral, (2007). *As Pessoas Idosas*.
Instituto Piaget, Lisboa.

Castro, E. (2005). *Memória e aprendizagem: aquisição e retenção de saberes*. Tese de
Mestrado em Educação apresentada à Universidade do Minho, Braga.

Celestino F. (2009). *Enfrentamento, qualidade de vida, Estresse, Ansiedade e
Depressão em idosos demenciados e seus cuidadores: avaliações e correlações*.
Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Celich, K. (2008). *Domínios de Qualidade de Vida e Capacidade para a Tomada de
Decisão em Idosos Participantes de Grupos da Terceira Idade*. Universidade
Católica Do Rio Grande Do Sul.

Celich, K., & Zenevich, L. (2010). *Influência do nível de escolaridade na capacidade*

do idoso para a tomada de decisão e as implicações no cuidado à saúde.

Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.

Costermans, J. (2001). *As actividades cognitivas*. Raciocínio, decisão e resolução de problemas. Coimbra: Quarteto.

Cunha, J. (2004). *A autonomia e a tomada de decisão no fim da vida*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Portugal.

Cupertino, A., Rosa, F., & Ribeiro, P. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 81-86.

Del Duca, G., Silva, M. & Hallal, P. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 43(5), 796-805.

Denburg, N., Tranel, D., & Bechara, A. (2005). *The ability to decide advantageously declines prematurely in some normal older persons*. *Neuropsychologia*, 43, 1099-1106.

Denney, N. (1995). Critical thinking during the adult year: has the developmental function changed over the last four decades? *Experimental Aging Research*, 21, 191-207.

De Vreese, L., Neri, M., Fioravanti, M., Bell, O. & Zanetti, O. (2001). Memory Rehabilitation in Alzheimer's: a Review of Progress. *Int Journal of Geriatric*

Psychiatry, 16, 794-809.

Diogo, M. (2003). Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 59-65.

Diogo, M. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 8 (1), 75-81.

Direcção Geral De Saúde (DGS), (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa.

Dror, I., Katona, M., & Mungur, K. (1998). Age differences in decision making: To take a risk or not? *Gerontology*, 44(2), 67-71.

Dunlosky, J., Kubat-Silman, A. & Hertzog, C. (2003). Training monitoring skills improves older adults' self-paced associative learning. *Psychology and Aging*, 18(2), 340-345.

Dunlosky, J., & Hertzog, C. (1998). Training programs to improve learning in later adulthood: Helping older adults educate themselves. In Hacker, D., Dunlosky, J., Graesser, A. (Eds.), *Metacognition in educational theory and practice*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Elias, M., Elias, P., D'Agostino, R. & Wolf, P. (1997). A Role of age, education, and gender on cognitive performance in the Framingham Heart Study: Community-

Based norms. *Experimental Aging Research*, 23, 201-235.

Farias, C. (2007). *Avaliação Funcional do Idoso*. Monografia de Conclusão de Curso de Fisioterapia apresentada à Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro.

Fellows, L., & Farah, M. (2003). *Ventromedial frontal cortex mediates affective shifting in humans: Evidence from a reversal learning paradigm*. *Brain*, 126, 1830-1837.

Ferreira, A. (2011). (In)Dependência Funcional em Idosos Domiciliados: Intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A. & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 513-518.

Firmino, H., Pinto, L., Leuschener, A. & Barreto, J. (2006). *Psicogeriatría*. Psiquiatria Clínica. Coimbra: clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Franken, I., & Muris, P. (2005). *Individual differences in decision making*. *Personality and Individual Differences*, 39, 991-998.

Gazzaniga, M., Ivry, R., Mangun, G. (2002). *Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind*. New York, NY: Norton & Company.

- Gerreiro., M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(1), 46-53.
- Giatti, L., & Barreto, S. (2003). Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 19, 759-71.
- Gioia, G., Isquith, P., Kenworthy, L. & Barton, R. (2002). Profiles of everyday executive function in acquired and developmental disorders. *Child Neuropsychology*, 8(2), 121-137.
- Goldim, J. (2000). Autonomia, tomada de decisão e envelhecimento. São Paulo.
- Goldman, R., Klatz, R., & Berger, L. (1999). *A saúde do cérebro: estratégias anti envelhecimento para a memória, a concentração e a criatividade em todas as idades*. Rio de Janeiro: Campus.
- Grave, P., Guerra, A., Portela, M., Portes, M. & Rebelatto, J. (2007). Correlações entre mobilidade e interdependência funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, 20(4), 117-124.
- Gow, A., Bastin, M., Maniega, S., Hernández, M., Morriz, Z., Murray, C., Royle, N., Starr, J., Deary, I. & Wardlaw, J. (2012). Neuroprotective lifestyles and the aging brain. *Neurology*, 79(17), 1802-1808.
- Guerreiro, T., Veras, S., & Motta, L., Veronesi, A. & Schmidt, S. (2006) Queixa de

memória e disfunção objetiva em idosos que ingressam na oficina da memória
UnaTI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 9(1).

Haan, D., Limburg, M. & Schuling, J. (1993). Clinimetric evaluation of the Barthel index: a measure of limitations in daily activities. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137 (18), 917-921.

Hanninen, T., & Soininen, H. (1997). Age-associated memory impairment. Normal aging or warning of dementia? *Drugs Aging*, 11(6):480-9.

Helene, A. & Xavier, G. (2003). A construção da atenção a partir da memória. *Rev Bras Psiquiatria*, 25 (2), 12-20.

Hershey, D., & Wilson, J. (1997). Age differences in performance awareness on a complex financial decision making task. *Experimental Aging Research*, 23, 257-273.

Holmen, J., Langeballe, E., Midthjell, K., Holmen, T., Fikseanet, A., Saltvedt, I. & Tambs, K. (2013). Gender differences in subjective memory impairment in a general population: the HUNT study, Norway. *BMC Psychology*, 9 (1).

House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.

Huebra, R., Carvalho, R., Alves, S., Andrade, A., Aredes, E. & Bruno, R. (2010). *Comparação entre Estado Mental, a independência Funcional e Incontinência*

Urinária em Idosos no Interior de Minas Gerais. Revista Inspirar: Movimento e Saúde, 9.

Izquierdo, I. (2002). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.

Junior, A., Santos, R., Lamonato, A., Toledo, N., Coelho, F. & Gobbi, S. (2008). Estudo do Nível de Atividade Física, Independência Funcional e Estado Cognitivo de Idosos Institucionalizados: Análise por Gênero. *Brazilian Journal of Biomotricity*.

Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). *Prospect theory: An analysis of decision under risk*. *Econometrica*, 4, 263-291.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185 (12), 914-19.

Kausler, D. (1991). *Experimental Psychology, cognition, and human aging* (2ª ed.). New York: Springer-Verlag.

Kirb, M. (1994). Consent and the doctor-patient relationship. In Gillon R. (Ed.) *Principles of health care ethics*. London: Willey.

Lamar, M., & Resnick, S. (2004). Aging and prefrontal functions: Dissociating orbitofrontal and dorsolateral abilities. *Neurobiology of Aging*, 25, 553-558.

- Lasca, V. (2003). *Treinamento de memória no envelhecimento normal: um estudo experimental utilizando a técnica de organização*. Campinas: UNICAMP. Mestrado em Gerontologia.
- Laurance, H., Thomas, K., Newman, M., Kaszniak, A., Nadel, L., & Jacobs, W. (2002). Older adults map novel environments but do not place learn: Findings from a computerized spatial task. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 9(2), 85-97.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lezak, M., Howieson, D. & Loring, D. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4^a edition). New York: Oxford University Press.
- Logan, G. (2000). Executive processing. *Psychological Research*, 63, 211.
- Loureiro, M. (2007). As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. *Geriatrics*, 15(3), 50-58.
- Malloy-Diniz, L., Sedo, M., Fuentes, D. & Leite, W. (2008). Neuropsicología das funções ejecutivas. In Malloy-Diniz, L., Camargo, C., Cosenza, R. (Eds.), *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Manning, L. (2005). *A Neuropsicologia Clínica – Uma Abordagem Cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget.

Martin, A. (2004). *Dependência funcional, qualidade de vida pós AVC e sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal*. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Psicologia - Universidade do Porto, Portugal.

Marucci, M. & Barbosa, A. (2003). *Estado nutricional e capacidade física de idosos residentes no município de São Paulo*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Masoudi, F., Rumsfeld, J., Havranek, E., House, J., Peterson, E., Krumholz, H., & Spertus, J. (2004). Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Cardiac Fai*, 10, 368-373.

Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. (2004). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. Porto Alegre: Sulina.

Miller, D., Rudick, R., Cutter, G., Baier, M., & Fischer, J. (2000). Clinical significance of the multiple sclerosis functional composite: relationship to patient-reported quality of life. *Arch Neurol*, 57, 1319-1324.

Motta, L., Aguiar, A. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 363-72.

Moye, J. & Marson, D. (2007). Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: An Emerging Area of Practice and Research. *Journal of Gerontology*:

Njegovan, V., Hing, M., Mitchell, S., & Molnar, F. (2001). The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(10), 638-643.

Neri, A. (2001). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Editora Alínea.

Netto, M. (2005). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu. São Paulo.

Oliveira, M. (1999). Jovens e adultos como sujeito de conhecimento e aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, 12, 59-73.

Organização Mundial De Saúde (OMS). (1989). – *Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens*. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa.

Ostchega, Y., Harris, T., Hirsch, R., Parsons, V., Kington, R. & Katzoff, M. (2000). Reability and prevalence of physical performance examination assessing mobility and balance in older persons in the US: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc*, 48(9), 1136-1141.

Palmini, A. (2004). O cérebro e a tomada de decisões. In Knapp, P. (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Parahyba, M., Veras, R. & Melzer, D. (2005). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 39(3), 383-391.

Paschoal, S., (1999). *Autonomia e independência*. In Neto, M. (Ed.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.

Pereira, F. & Besse, M. (2011). Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Acta Fisiátr.*, 18 (2), 66-70.

Ramos, L. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*, 19(3),793-8.

Ramos, L. (2008). *Avaliação do Estado Nutricional, de seis Domínios da Qualidade de Vida e da Capacidade de Tomar Decisão de Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados*. Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia.

Relvas, A. (2004). *O ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Porto: Ed. Afrontamento.

Restak, R. (1997). *Older & wiser: how to maintain peak mental ability for as long as live*. New York: Simon & Schuster.

Restrepo, H., & Perez, E. (1994). Promoción de la salud de los ancianos. In Anzola, E., Galinsk, D., Morales, F., Salas, A., Sánchez Ayéndez, M. (Eds.). *La*

- atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington
OMS/OPS, 1994. POS – Publicación Científica, 546, 383-388.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rocha, F., Brito, C., Luz, M., & Figueiredo, M. (2007). Análise da Produção Científica sobre o idoso. *Revista Brasileira de enfermagem*, 60(4), 449-451.
- Rosa, T., Benício, M., Latorre, M., & Ramos, L. (2003). Factores determinantes da Capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Rowe, J.; & Kahn, R. (1998). The structure of successful aging. *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Salthouse, T. (1993). Influence of working memory on adult age differences in matrix reasoning. *British Journal of Psychology*, 84, 171-199.
- .
- Sanfey, A., & Hastie, R. (2001). Judgment and decision making across the adult life span: A tutorial review of psychological research. In Park, D., Schwarz, N. (Eds.), *Aging and cognition*. Philadelphia, PN: Psychology Press.
- Santos, P. (2000). A depressão no Idoso. *Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, K., Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J. & Pattussi, M. (2007). Fatores associados

com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 23(11), 2781-2788.

Santos, A., Leyendecker, D., Costa, A. & Souza-Talarico, N. (2012). Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. São Paulo. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 46(1), 24-26.

Santos, N., Pereira, T., Santana W. & Salles, P. (2013). A influência da prática da hidroginástica na independência funcional da população idosa. *EFDdesportes.com, Revista Digital*, 18(186).

Schaie, K. (1994). The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49 (4), 304-313.

Schmand, B., Jonker, C., Hooijer, C. & Lindboom, J.(1996). Subjective memory complaints may announce dementia. *Neurology*, 46, 121-125.

Schneider, D. (2004). *O desempenho de adultos jovens e idosos na Iowa Gambling Test: um estudo sobre a tomada de decisão*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Schneider, D., & Parente, M. (2006). *O desempenho de adultos jovens e idosos no Iowa Gambling Task: um estudo sobre a tomada de decisão*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 442-450.

- Secker, J., Hill, R., Villeneuve, L., & Parkman, S. (2003). Concept forum promoting independence: but promoting what and how? *Ageing Soc.* 23(3), 375–91.
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. Departamento de Psicologia da Educação da Universidade Estadual Paulista- Unesp. São Paulo, Brasil.
- Souza, J., & Chaves, E. (2003). *O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis*. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP.
- Spector, W. (1990). Funcional disability scales. In Spilker B, (Ed.) *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press.
- Spidurso, W., & Cronin, D., (2001). Exercise-dose response effects on quality of life and independent living in older adults. *Med Sci Sports Exerc*, 33(6), 598-608.
- Squire, L., & Kandel, E. (2002). *Memória: da mente às moléculas*. Porto Editora.
- Stineman, M., Shea, J., Jette, A., Tassoni, C., Ottenbacher, K., Fiedler, R., & Granger,

- C. (1996). The functional independence measure: tests of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. *Arch Phys Med Rehabil*, 77, 1101-1108.
- Taconnat, L., Raz, N., Toczé, C., Bouazzaoui, B., Sauzéon, H., Fay, S., & Isingrini, M. (2009). Ageing and organisation strategies in free recall : the role of cognitive flexibility. *European Journal of Cognitive Psychology*.
- Vale, F., Balieiro-Jr, A. & Silva-Filho, J. (2012). Memory complaint scale (MCS): Proposed tool for active systematic search. *Dement Neuropsychol*, 6(4), 212-218.
- Veras, R. (2002). *Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumara.
- Verhaeghen, P. (2000). The interplay of growth and decline: theoretical and empirical aspects of plasticity of intellectual and memory performance in normal old age. In Hill, R., Backman, L., Stigsdotter-Neely, A. (Eds.), *Cognitive rehabilitation in old age*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Viana, W., Silva, M., Souza, & Cardoso, T. (2013). Avaliação do grau de independência funcional de idosos institucionalizados.
- Wade, D., & Collin, C., (1988). The Barthel ADL index: a standard measure of disability? *International Disabilities Studies*, 10, 64-67.

- Wagner, G. & Parente, M. (2009). O Desempenho dos Idosos quanto a Tomada de Decisão em duas variações do Iowa Gambling Test. *Psicologia: Teorias e Pesquisa*, 25 (3), 425-433.
- Walker, N., Fain, W., Fisk, A., & McGuire, C. (1997). Aging and decision making: Driving-related problem solving. *Human Factors*, 39(3), 438-444.
- West, R., Welch, D., & Yassuda, M. (2000). Innovative approaches to memory training for older adults. In Hill, R., Backman, L., A. Stigsdotter-Neely (Eds.), *Cognitive rehabilitation in old age*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Willis, S., Tennstedt, S., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K., Morris, J., Rebok, G., Unverzagt, F., Stoddard, A. & Wright, E. (2006). Longterm effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal the American Medical Association*, 296 (23), 2805-2814.
- Yassuda, M., Batistoni, S., Fortes, A., & Neri, A. (2006). Treino de Memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19 (3), 470-481.

Anexos

Anexo I
Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito de uma investigação sobre a relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados no contexto de Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga, venho pedir a sua colaboração.

Para tal, peço que responda aos questionários que lhe vou fazer. Inicialmente deverá preencher o questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal. Depois deverá responder ao questionário Índice de Barthel que pretende avaliar a sua capacidade funcional, seguindo-se do questionário Queixas Subjetivas de Memória que pretende avaliar de que forma percebe a sua memória e por fim deverá efetuar uma tarefa cognitiva que pretende avaliar a rapidez na tomada de decisão. O preenchimento dos referidos questionários não excede os trinta minutos.

Este estudo é realizado para fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos. Se decidir colaborar no nosso estudo deverá indica-lo explicitamente na declaração que se segue.

Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração

(Assinatura)

Declaração

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no final da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Márcia Pereira, no âmbito da sua Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Declaro também que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar. De forma específica, fui informado(a) do objetivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e do direito que tenho em recusar participar, ou cessar a minha participação em qualquer altura, sem nenhuma consequência para mim.

Declaro que aceito participar no presente estudo:

Data: ____ / ____ / ____

Anexo II
Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Este questionário surge no âmbito da recolha de dados para o desenvolvimento de um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Não há respostas certas ou erradas, boas ou más. Para cada afirmação são dadas instruções acerca da lógica de preenchimento das mesmas. Os dados são confidenciais e anónimos, sendo os seus resultados utilizados somente para investigação académica.

A sua opinião é muito importante e faz toda a diferença para a realização deste projeto.

Por favor, preencha os seguintes campos

Idade: _____

Sexo: Feminino _____ Masculino _____

Estado Civil:

Solteiro(a) _____

Casado(a) _____

Viúvo (a) _____

Divorciado(a) _____

União de Facto _____

Institucionalizado _____

Não Institucionalizado : _____

Nível de Formação:

Sabe ler e escrever _____

Ensino Primário _____

Ensino Básico _____

Ensino Secundário _____

Ensino Universitário _____

Anexo III

Índice de Barthel (IB)

(Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010)

Índice de Barthel

(Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2007; 2010)

Item	ABVD	Cotação
Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, .etc.) -----	5
	Dependente -----	0
Vestuário	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) ----	10
	Necessita de ajuda (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) -----	5
	Dependente -----	0
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro) -----	5
	Dependente -----	0
Higiene Pessoal	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) -----	5
	Dependente -----	0
Uso da Casa de Banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho) ----	10
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) -----	5
	Dependente -----	0
Dejecções	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx, fá-lo sozinho) -----	10
	Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx) -----	5
	Incontinente fecal -----	0
Micção	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho) -----	10
	Incontinência ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector) -----	5
	Incontinente ou algaliado -----	5

		0
Escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) -----	10
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) -----	5
	Dependente -----	0
Transferência Cadeira- Cama	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) -----	15
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão) -----	10
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) -----	5
	Dependente -----	0
Deambulação	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas,...) -----	15
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) -----	10
	Ind. C/ cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros) -----	5
	Dependente -----	0

Anexo IV

Queixas Subjetivas de Memória (QSM)

(Schmand et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Ginó et al., 2001)

Escala de Queixas Subjectivas de Memória (QSM)
(Schmand et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Ginó et al., 2001)

1. Tem queixas acerca da sua memória?

0 – Não

1 – Sim, mas sem importância

2 – Sim, com alguma importância

3 – Sim, com problemas

2. Já lhe disseram que o(a) acham esquecido(a)?

0 – Não

1 – Sim, por vezes

2 – Sim, frequentemente

3. Esquece com frequência nomes de pessoas da família ou de amigos?

0 – Não

1 – Sim, mas sem importância

2 – Sim, com alguma importância

3 – Sim, com problemas

4. Esquece-se com frequência onde põe as coisas?

0 – Não

1 – Sim, mas sem importância

2 – Sim, com alguma importância

3 – Sim, com problemas

5. Costuma tomar apontamentos para não se esquecer das coisas?

0 – Não

1 – Sim, por vezes

2 – Sim, frequentemente

6. A conversar costuma ter dificuldades em encontrar as palavras?

0 – Não

1 – Sim

7. Já alguma vez se perdeu perto de sua casa?

0 – Não

1 – Sim

8. Acha que anda a pensar mais devagar do que antes?

0 – Não

1 – Sim

2 – Sim, com problema

9. Sente que as suas ideias por vezes ficam mais confusas (baralhadas)?

0 – Não

1 – Sim

2 – Sim, com problemas

10. Tem tido dificuldades em concentrar-se?

0 – Não

1 – Sim

2 – Sim, com problemas

Total:

Pontuação superior a **3 pontos**: presença de Queixas Subjectivas de Memória

Anexo V

Folha de Resultados da Tarefa Cognitiva de Tomada de Decisão
(Dror et al., 1998)

TAREFA COGNITIVA DE TOMADA DE DECISÃO

FOLHA DE RECOLHA DE DADOS

NUMERO _____

Ensaio	Decisão (tecla premida)	Tempo de decisão	Dificuldade
E1			
E2			
E3			
E4			
E5			
E6			
E7			
E8			
E9			
E10			
E11			
E12			
E13			
E14			
E15			
E16			
E17			
E18			
E19			
E20			
E21			

Anexo VI

Autorizações para Utilização dos Instrumentos

Pedido de autorização para utilizar Índice de Barthel



Marcia Pereira marciapereira21@gmail.com

3 de
fev

para carlossequeira

Boa Tarde Dr.º Carlos Sequeira,

Venho por este meio, solicitar autorização para utilizar o Índice de Barthel, no âmbito da minha dissertação de mestrado, do Curso Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Braga (FACFIL). A dissertação de mestrado, por mim elaborada, tem como tema “Relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados”. A escala será aplicada a um universo de 100 idosos (50 institucionalizados e 50 não institucionalizados).

Fico a aguardar uma resposta favorável de sua parte,

Cumprimentos,

Márcia Pereira



Carlos Sequeira carlossequeira@esenf.pt

4 de
fev

para mim

Exma. Marcia Pereira, bom dia.

O Prof. Carlos Sequeira vem por este meio enviar o Índice de Barthel, e, informa que o poderá utilizar no seu trabalho de investigação sem qualquer problema.

Mais informações sobre dimensões e propriedades psicométricas estão disponíveis no [livro Cuidar de idosos com dependência física e mental](#), editado pela LIDEL, em 2010.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Pedido de autorização para a utilizar uma escala



Marcia Pereira marciapereira21@gmail.com

25 de
jan

para sandragino

Boa Tarde Dr.^a Sandra Ginó,

Venho por este meio, solicitar autorização para utilizar a Escala de Queixas Subjetivas de Memória, no âmbito da minha dissertação de mestrado, do Curso Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Braga (FACFIL). A dissertação de mestrado, por mim elaborada, tem como tema “Relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados”. A escala será aplicada a um universo de 100 idosos (50 institucionalizados e 50 não institucionalizados).

Fico a aguardar uma resposta favorável de sua parte,

Cumprimentos,

Márcia Pereira



Sandra Gino sandragino@gmail.com

3 de
fev

para mim

Boa noite Cara colega,

Desde já as minhas sinceras desculpas pela demora na resposta. A escala de Queixas Subjectivas de Memória está publicada no livro de testes e escalas no envelhecimento do Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demência e é do domínio público, pelo que o grupo de trabalho da escala QSM autoriza o seu uso.

Desejo de bom trabalho.

Sandra Ginó