

DECLÍNIO COGNITIVO NA SENESCÊNCIA E REPERCUSSÕES NO CONTEXTO FAMILIAR

2014

Flávia de Sousa Rodrigues

Licenciada em Psicologia. Mestre em Psicologia do Trabalho e das Organizações
Universidade Católica Portuguesa

E-mail de contacto:

flaviadesousarodrigues@gmail.com

RESUMO

Este trabalho apresenta-se sob a forma de estudo recapitulativo de bibliografia apurada concernente ao declínio cognitivo na senescência e subsequentes efeitos no núcleo familiar. Explora os processos cognitivos lesados pelo processo natural de envelhecimento – percepção e função sensorial, memória e processamento de informação. Com base nestes conceitos, diferencia-se o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve do de demência e outras doenças neurodegenerativas. Esta fase afigura-se como crise de transição no contexto familiar, o que acomete a perceber as alterações que implica na sua dinâmica, atentando às circunstâncias especiais do cuidador e à problemática da institucionalização. As alterações que se dão na dinâmica familiar são interpretadas à luz da perspectiva relacional-simbólica, com ênfase nos conceitos de configuração desenvolvimental das relações, dimensão relacional e reciprocidade. É verificada uma tendência ao aumento do estudo dos processos de envelhecimento, por consequência do envelhecimento populacional. Há também uma aproximação aos modelos de envelhecimento bem-sucedido, com ênfase no desenvolvimento de potencialidades e adopção de estilos de vida que atrasem os efeitos da senescência.

Palavras-chave: declínio cognitivo, senescência, impacto familiar, cuidador, institucionalização.



INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade demográfica que tem vindo a sofrer um aumento exponencial, sobretudo nos países industrializados. Segundo Fonseca (2006), só entre 1960 e 2001, em Portugal, assistiu-se a um aumento de 140% da população idosa (mais de 65 anos). Esta evolução sociodemográfica fundamenta o relevo e prioridade concedidos aos estudos dos processos de envelhecimento. É neste enquadramento que o presente trabalho se situa, centrando-se no declínio cognitivo na senescência e subseqüentes efeitos no núcleo familiar.

Foi dada preferência ao termo “senescência” em detrimento do de “terceira idade”, visto que é controversa a atribuição de uma idade que marque a entrada nesta fase etária (Teixeira & Guariento, 2010). A senescência corresponde ao envelhecimento primário, o processo gradual e inevitável de deterioração corporal que ocorre durante todo o ciclo de vida, acentuando-se após a idade adulta (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Este envelhecimento deve ser entendido como a progressão natural do ciclo vital do ser humano e não como um processo patológico.

Schroots e Birren (1980, citado em Fonseca, 2006) apontam três componentes do processo de envelhecimento: a biológica, que reflete o declínio crescente; a social, que envolve a definição de papéis e expectativas da sociedade e, por último, a psicológica, definida pelos recursos de autorregulação do sujeito face ao envelhecimento.

O declínio cognitivo é tido como a ameaça mais significativa ao envelhecimento saudável e bem-sucedido (Stott, 2006). Os acontecimentos que estão na base deste processo são o decréscimo do volume cerebral, a perda de mielinização, a redução cortical, a redução da serotonina, acetilcolina e dopamina entre outros ainda em estudo (Kravitz, Schmeidler & Beerli, 2012). Há uma lentificação geral no funcionamento do sistema nervoso, o que pode afectar a velocidade do processamento de informação. Contudo, existe variabilidade interindividual e nem todas as tarefas de processamento são lesadas (Delgado & Salinas, 2009).

Embora alguns autores considerem esta distinção arbitrária (Stott, 2006), justifica-se aqui uma diferenciação entre os conceitos de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e demência ou doença neurodegenerativa. O CCL reflecte uma diminuição do rendimento em pelo menos uma das capacidades cognitivas: memória, orientação, pensamento abstracto, linguagem, capacidade de juízo e raciocínio, capacidade de cálculo e habilidade constructiva, capacidade de aprendizagem ou competência visuoespacial (Papalia et al., 2006). Deve ser entendido como parte de um continuum normativo. Por outro lado, a demência tem repercussões mais significativas nas actividades domésticas, ocupacionais e sociais (Lobo, Saz & Roy, 2000) e evolui de forma mais veloz e impetuosa, sendo a maioria dos tipos de demência irreversíveis (degenerativos). Tendencialmente, o sujeito tem menor grau de insight das alterações que vem a sofrer. A doença de Alzheimer é a vertente mais comum, embora a demência também se possa dever a pequenos

acidentes cerebrovasculares (Lobo et al., 2000). A doença de Parkinson é a segunda perturbação do funcionamento mais prevalente, identificando-se por uma degeneração neurológica progressiva, tremor, rigidez, lentificação dos movimentos e postura instável (Papalia et al., 2006).

Outra questão relevante prende-se com as mudanças na esfera psicossocial. Os eventuais entraves à vida dita saudável e à autonomia implicam mudanças e a necessidade de reorganização da família. Esta fase é propícia a conflitos porque os idosos relutam em sobrecarregar as suas famílias e em sentir-se privados da sua liberdade, por vezes sentindo-se inúteis, entediados e isolados dos amigos (Talkington-Boyer & Snyder, 1994).

A alternativa da institucionalização também pode causar divergências uma vez que a maioria das pessoas mais velhas não quer mudar-se para um lar. Sentem ansiedade em separar-se do seu ambiente e avaliam a proposta como um sinal de rejeição, indiferença e falta de estima (Perren, Schmid & Wettstein, 2006). Os filhos, por sua vez, também podem encarar a institucionalização com alguma reticência e culpa. São conscientes da sua responsabilidade para com os progenitores e sentem que é seu dever cuidar dos pais, numa lógica de reconhecimento e reciprocidade familiar. Há necessidade de produzir estratégias para que se incluam as famílias no processo do ciclo vital do envelhecimento, ampliando a sua visão para as exigências que são feitas aos familiares tendo em consideração a estrutura, dinâmica, expectativas e necessidades de cada família (Relvas, 2006).

Pereira, Roncom e Carvalho (2011) referem que as variáveis mais prementes na altura da decisão são a condição social e económica do idoso e da família, assim como os padrões adaptativos empregados ao longo do percurso pessoal e familiar, que por sua vez são modelados por contextos históricos e económicos.

Nesta conjuntura, pode haver lugar à responsabilização de alguém (tendencialmente um familiar) pelos cuidados ao idoso. Este “cuidador informal” é a pessoa que auxilia a pessoa dependente, não sendo remunerado economicamente pelos cuidados prestados (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). A relação de prestação de cuidados assume uma pesada carga emocional, física e económica associada à crescente dependência funcional da pessoa cuidada (Guedea et al., 2011).

A família prevalece como opção no sistema de suporte informal aos idosos, mas enfrenta quase invariavelmente uma crise adaptativa inerente às necessidades de reestruturação. À medida que as pessoas envelhecem, vão-se sucedendo transformações na organização familiar no que diz respeito aos papéis dos membros, funções e regras. Esta etapa de realinhamento dos papéis familiares pode fazer-se acompanhar de obstáculos à acomodação, quer por parte do idoso quer pelos familiares (Horta, Ferreira & Zhao, 2010). A condição aporta à família necessidades diversas, desde aspectos materiais (como recursos financeiros, transportes, acesso a serviços de saúde e condições habitacionais) a emocionais e de carácter informativo, que contribuem para a qualidade de vida da pessoa cuidada e dos cuidadores principais (Caldas, 2003).

O panorama que se contempla numa primeira análise da literatura existente é o de estudos do envelhecimento abastados em dados mas carentes de teorias, formando uma vasta colectânea de informação desarticulada (Birren, 1995), recaindo em abordagens de natureza predominantemente descritiva. O presente trabalho centra-se nos défices resultantes do processo natural de envelhecimento (que não devem, em todo o caso, ser ignorados), conquanto uma abordagem ideal fosse a de opor esta terminologia de declínio ou deficiência a um modelo de envelhecimento bem-sucedido (Simões, 2011). No primeiro há uma centralização nas perdas que advém da senescência, ao passo que o segundo perde esta directividade e salienta formas de as compensar ou então de potenciar ganhos concomitantes.

O primeiro capítulo é dedicado ao declínio cognitivo na senescência e reúne uma apresentação das áreas mais afectadas, como a função sensorial, memória e processamento de informação – apresentam-se teorias sobre a sua etiologia, a forma como se manifestam os efeitos do seu declínio e de que forma podem lesar as pessoas afectadas. Estas áreas são comprometidas de forma diferente nos dois grandes tipos de declínio cognitivo, pelo que se dedica uma parte ao CCL e outra à demência, com o objectivo de os distinguir e apresentar as suas especificidades.

O segundo capítulo por sua vez trata das repercussões que o declínio cognitivo tem no contexto familiar, com o propósito de aludir às alterações que se dão na sua dinâmica, mencionando também como esses fenómenos podem ser interpretados à luz de uma perspectiva relacional-simbólica. Outro ponto pressupõe uma apresentação das implicações que uma relação de prestação de cuidados informal tem para os membros constituintes de um núcleo familiar, sobretudo para o cuidador. O último tópico objectiva a opção da institucionalização como alternativa ponderada ou inevitável em alguns casos, atendendo à forma como é percebida pelo idoso e pela família e aos factores que pesam na decisão. A estrutura do trabalho compreende assim uma breve introdução ao tema, uma divisão em dois capítulos gerais que se ramificam, como já mencionado, em alguns dos tópicos considerados mais importantes para a sua apresentação, e, por fim, uma conclusão ao estudo com reflexões sobre as limitações ao mesmo.

CAPÍTULO I – DECLÍNIO COGNITIVO NA SENESCÊNCIA

O investimento da psicologia em teoria e investigação relativas ao envelhecimento é recente quando comparado ao de outras etapas do desenvolvimento humano (Fonseca, 2006). Após o término da II Guerra Mundial, conjugaram-se diversos factores que levaram a um aumento relevante da esperança média de vida e a um conseqüente envelhecimento da população (Birren, 1995). Este fenómeno demográfico justificou o aumento exponencial do interesse dedicado por parte das ciências sociais e humanas tanto à população mais velha como ao processo de envelhecimento.

Os idosos constituem um grupo de relevância social e estatística cada vez maior, o que consolida a premência do estudo multidisciplinar do processo de envelhecimento na óptica das possibilidades de intervenção nesses mesmos processos, com o propósito de que o ser humano não só viva por mais tempo, mas também viva com melhor qualidade (Fonseca, 2006).

O termo senescência refere-se ao enfraquecimento físico e mental provocado pela idade. Ao avanço da idade corresponde um abrandamento progressivo da actividade do sistema nervoso e de toda a acção que dele depende, residindo neste fenómeno a característica fundamental do processo de envelhecimento (Birren, 1995). Este abrandamento, que advém de alterações corporais e restrições neurológicas, pode dar-se a ritmo e impacto diferentes em cada indivíduo, mas ressalva-se a sua inevitabilidade. Deve ser igualmente compreendido que os órgãos, as células e os tecidos não envelhecem a igual ritmo, logo não é possível demarcar um limite temporal de início da senescência.

O envelhecimento é visto como um fenómeno generalizado que afecta a pessoa em todas as suas dimensões. No entanto, o estudo dos seus processos torna-se mais compreensível se for decomposto por categorias de análise. Fonseca (2006) distingue o envelhecimento biológico, o psicológico e o sociocultural. O envelhecimento biológico reporta-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo do ser humano; o psicológico aborda as capacidades de natureza psicológica, que incluem sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras que sustentam o funcionamento psicofisiológico; o envelhecimento sociocultural, por sua vez, alude ao conjunto de papéis sociais adoptados, aos comportamentos, hábitos, estilos de vida ou relacionamentos interpessoais, entre outros. O declínio cognitivo apresentar-se-á, neste estudo, circunscrito aos envelhecimentos biológico e psicológico. Evidentemente, ter-se-á em conta que factores biológicos, culturais, sociais e psicológicos se cruzam necessariamente e é a sua interacção que determina a forma como cada indivíduo vive e envelhece.

Podem ser classificadas, conforme indicado por Teixeira e Guariento (2010), diferentes feições de teorias biológicas do envelhecimento, sendo que de modo frequente se aludem dois grupos – teorias programadas e teorias estocásticas. A premissa da teoria programada passa pela presença de relógios ou temporizadores biológicos, que regulam etapas como maturidade, crescimento, senescência e, eventualmente, morte. Por outro lado, o postulado da teoria estocástica é o reconhecimento de prejuízos que impelem aos danos moleculares e celulares, de forma aleatória e progressiva.

Todos os seres humanos serão afectados em algum grau pelo declínio da sua capacidade cognitiva com a progressão do tempo. Na verdade, a deterioração biológica cerebral parece começar entre os 25 e os 30 anos (Delgado & Salinas, 2009), embora os seus efeitos se tornem mais notórios ou incapacitantes depois da vida adulta. As alterações que ocorrem são várias: diminuição do volume cerebral, perda de mielinização, comprometimento dos receptores de serotonina, acetilcolina e dopamina (Kravitz et al., 2012), que se repercutem em diversas

faculdades, como a memória, capacidade de concentração, aprendizagem ou resolução de problemas. Sem a devida prevenção e intervenção, os sintomas podem progredir para condições mais sérias, como depressão, demência ou até Alzheimer. A etiologia do envelhecimento evidencia que o processo é multi-factorial e compreende uma interacção de mecanismos moleculares, celulares e sistémicos (Nunes, 2009).

O declínio cognitivo não afecta todos os indivíduos da mesma forma, sendo algumas das diferenças inter-individuais atribuídas aos níveis hormonais, pró-actividade do estilo de vida, peso corporal, stress, tipo de alimentação, suporte social e história clínica (Stott, 2006). Em seres humanos que se desenvolvem intelectualmente e praticam exercício físico regular as funções biológicas e psíquicas podem resistir por muito tempo ou até progredir com a idade. Para além destas diferenças inter-individuais, verifica-se que nem todas as funções declinam ao mesmo tempo ou são afectadas com a mesma intensidade. É possível apresentar défices sensoriais e não haver comprometimento da memória.

O impacto do processo de envelhecimento é observável em múltiplos níveis, desde o celular ao macro-estrutural (Lindenberger & Ghisletta, 2009; Lobo et al., 2000). Ao nível celular, o envelhecimento provoca a deterioração das membranas neuronais e mitocondriais, o que leva à perda da integridade celular e compromete a função neuronal, reduzindo também a densidade sináptica e a neuroplasticidade (Lindenberger & Ghisletta, 2009). A estrutura física do cérebro também sofre alterações com o avanço da idade – diminuem as sinapses funcionais e perdem-se neurónios, o que se reflecte na espessura cortical e volume cerebral (Lobo et al., 2000). Especificamente, o envelhecimento contribui com variâncias até 37% no tálamo, afectando visão, audição e ritmo circadiano do sono, e até 33% no hipocampo, crítico para a consolidação da memória a curto e longo prazo (Delgado & Salinas, 2009).

Os estudos relativos ao desempenho cognitivo, como refere Petersen (2004), têm vindo a demonstrar que as aptidões cognitivas atingem o seu ponto máximo pela década dos 30, continuam estáveis até à década dos 50 ou início dos 60 e, a partir de então, começam a declinar, acentuando-se os efeitos a partir dos 70 anos. O declínio das funções não é uniforme para todas elas. A respeito das funções intelectuais, a capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta. No entanto, as pessoas idosas revelam uma maior dificuldade na compreensão de mensagem longas ou complexas e na recuperação rápida de nomes ou termos específicos, podendo revelar também um discurso mais repetitivo (Petersen, 2004).

A senescência aporta uma dificuldade acrescida nas tarefas de raciocínio que compreendam análises organizadas e lógicas de material pouco familiar ou abstracto (Teixeira & Guariento, 2010). Os idosos tendem a revelar um desempenho mais lento em tarefas que impliquem planeamento, execução e avaliação de escalas complexas de comportamento, contudo, as pessoas entre os 60 e 70 anos instruídas e com histórico saudável, revelam um prejuízo menos acentuado

neste caso particular (Petersen, 2004). A morosidade é uma particularidade que se acentua com o envelhecimento nos processos cognitivos, mnésicos e de percepção (Papalia et al., 2006).

Quanto à atenção, a pessoa idosa mantém a mesma capacidade dos jovens em orientarem e conservarem a atenção sobre um ocasionado tópico ou acontecimento. Todavia, apresentam dificuldade na aptidão de filtrar informação ocasional, em distribuir a atenção por múltiplas tarefas ou desviar a atenção de um para outro tópico (Boutet, Milgram, & Freedman, 2007). Relativamente à inteligência, tende a manter-se estável a competência para uso e definição de palavras, evocar conhecimento de cultura geral e envolvimento em raciocínio prático ou social; já a execução de tarefas perceptivomotoras novas e rápidas pode começar a diminuir pelos 50-60 anos (Boutet et al., 2007; Petersen, 2004; Zepeda, 2010).

Em suma, o declínio cognitivo na senescência deve-se às mudanças neuro-anatómicas que provocam a degradação da estrutura cerebral. Os próximos pontos centram-se nos prejuízos da função sensorial, da memória e do processamento da informação. Estes processos são afectados com severidade distinta nos dois tipos de declínio, o Comprometimento Cognitivo Leve e a Demência, que serão diferenciados nos dois últimos pontos.

1. FUNÇÃO SENSORIAL

Quando o indivíduo envelhece, os cinco sentidos – visão, audição, olfacto, gosto e tacto – declinam em acuidade. Os prejuízos da visão e da audição são os que trazem maior número de problemas para o indivíduo, pois estes dois sentidos são os que maior importância tem na adaptação à vida quotidiana e igualmente no convívio social (Fechine & Trompieri, 2012). Os comprometimentos tendem a agravar com o avanço da idade e podem causar constrangimentos na participação em actividades, na vida social e na independência.

Os idosos, embora podendo colmatar algumas dificuldades recorrendo a óculos ou lentes de contacto, manifestam dificuldades de visão. Estas complicações reflectem-se sobretudo na dificuldade de percepção de profundidade, na distinção da cor ou na leitura (Papalia et al., 2006). A perda gradual de sensibilidade aos contrastes visuais pode ocasionar dificuldades na diferenciação de formas mais pequenas ou difusas. Uma parte significativa da população idosa desenvolve com o passar da idade doenças oculares como glaucoma, degeneração macular ou retinopatia diabética, cataratas e áreas nebulosas ou opacas no cristalino que provocam embaciamento da visão (Lindenberger & Ghisletta, 2009; Salthouse, 2011). A degeneração macular que advém do envelhecimento é a principal causa de alepsia em adultos mais velhos,

acontecendo quando o centro da retina perde, gradualmente, a capacidade de discriminar nitidamente detalhes de pequenas dimensões (Lindenberger & Ghisletta, 2009).

Os problemas visuais moderados podem ser remediados por lentes correctivas ou tratamento médico-cirúrgico, mas a sua progressão ou ausência de tratamento podem causar défices funcionais. A condução, a título de exemplo, pode estar comprometida na medida em que os idosos precisam de mais luz para ver (embora também mais sensíveis a luz intensa) e apresentam dificuldade na localização e leitura de sinais. No entanto, este problema pode estar relacionado não apenas com a perda de acuidade visual, mas também com o enfraquecimento da vigilância visual ou com a lentificação do processamento visual, o que pode reduzir o campo visual em mais de 40% (Papalia et al., 2006).

A perda auditiva que acompanha o envelhecimento também prejudica a vida diária. As principais dificuldades apresentadas são a complicação crescente para ouvir sons agudos e a interferência debilitante provocada por ruídos concomitantes como rádio, televisão ou várias pessoas a falar ao mesmo tempo (Nunes, 2009). As perdas que se devem ao processo de envelhecimento normativo designam-se clinicamente por presbiacusia, e devem-se a uma morte progressiva de células ciliadas ao longo da vida. Estas células sensoriais são o local de transformação da vibração sonora em mensagem nervosa interpretada no cérebro (Corna, Wade, Streiner & Cairney, 2009).

As perdas auditivas classificam-se habitualmente em duas categorias distintas – perdas condutivas ou perdas sensoriais. As condutivas diagnosticam-se nos casos de decréscimo da transferência de som entre os ouvidos externo e interno, perdas estas que podem ser provocadas por obstruções na estrutura anatómica do ouvido que impedem a vibração normal; as perdas sensoriais, são motivadas por dano das células internas ciliadas, na cóclea ou no nervo auditivo, impedindo a condução dos impulsos nervosos desde o ouvido interno até ao cérebro (Corna et al., 2009). Este último tipo de perda sensorial é o que mais depende de comportamentos tidos ao longo da vida, notando-se que advém de exposições continuadas a níveis elevados de intensidade sonora (trauma acústico). Muitas vezes, estes tipos de perdas podem-se reverter, através de intervenções cirúrgicas, medicação adequada ou aparelhos auditivos.

Olfacto e paladar podem ser mencionados em paralelo, tendo em conta que o gosto que se sente depende grandemente do olfacto. As perdas nestes sentidos podem acompanhar o envelhecimento normativo – são queixas comuns dos idosos lamentar a falta de sabor nos alimentos e a dificuldade em detectar odores mais subtis. Isto justifica-se pelo decréscimo de papilas gustativas na língua, pela acção inadequada dos receptores gustativos ou em consequência de dano na zona cerebral responsável pelo olfacto (Schiffman, 1997).

2. MEMÓRIA

O prejuízo da memória representa uma das queixas mais frequentes nos indivíduos idosos e verifica-se como o impacto mais prejudicial e aflitivo da senescência. A perda de memória é debilitante e condiciona não apenas o bem-estar do indivíduo como o das pessoas que o rodeiam, uma vez que pode culminar na dependência total de terceiros. Também nesta capacidade cognitiva os efeitos variam, sobretudo se tivermos em conta a multidimensionalidade mnésica. A perda de dopamina é indicada como um dos maiores preditores de prejuízos na memória (Lindenberger & Ghisletta, 2009).

A memória pode dividir-se segundo a temporalidade de aprendizagem de informação ou do tipo de informação aprendida. Na primeira categoria, figuram a memória de curto-prazo, a memória recente e a memória remota. Na segunda categoria e correlacionando-se topograficamente com a primeira encontram-se a memória semântica, episódica e de procedimentos. A memória primária tende a ser afectada numa fase mais precoce, embora paulatinamente a afecção mnésica se torne global (Zepeda, 2010).

A memória de curto prazo pode ser avaliada com recurso a variados testes, sendo que alguns possibilitam o acesso a informação mais pormenorizada, a saber, os testes de memória de dígitos (Craik & Jennings, 1992). Por meio da repetição de sequências numéricas por ordem directa e por ordem inversa, verifica-se que a memória directa se conserva menos afectada. A justificação consensual é que a repetição directa impõe apenas o uso da memória sensorial, que se mantém constante por toda a vida, enquanto a repetição em ordem inversa necessita de manipulação de informação através da memória de operação ou de procedimento, que diminui gradualmente de capacidade (Craik & Jennings, 1992). É elementar que se conclua que tarefas de reorganização ou elaboração apresentem uma queda mais acentuada com o envelhecimento.

A memória de longo prazo subdivide-se em três componentes principais: a memória episódica, a memória semântica e a memória de procedimento. A memória episódica apresenta-se como a componente da memória de longo prazo que mais tende deteriorar com a idade (Lindenberger & Ghisletta, 2009). A habilidade de rememorar informação obtida recentemente aparenta reduzir-se.

A memória semântica armazena factos históricos, costumes sociais, significados de palavras, localizações geográficas, entre outros dados de índole enciclopédica (Nunes, 2009). Esta dimensão da memória sofre menos impacto com o declínio cognitivo normativo. Em testes de definição de palavras, a título de exemplo, não se apresentam tantas dificuldades; no entanto, Craik e Jennings (1992) apontam que o processo inverso, ou seja, nomear uma palavra a partir de uma definição, constitui um desafio maior, o que os autores justificam com a necessidade de para este exercício ser necessário recorrer também à memória de procedimento. Por seu turno, a memória de

procedimento, também designada de memória implícita, compreende habilidades motoras, hábitos ou formas de realizar tarefas que se recordam sem esforço consciente. Esta dimensão da memória é a menos afectada por um processo normal de senescência, sendo no entanto bastante prejudicada quando o sujeito padece de Alzheimer ou de outra doença neurodegenerativa.

A literatura actual oferece diversas hipóteses que explicam o declínio da memória, sendo que uma abordagem que se repete é a de análise dos três processamentos de informação da memória, ou seja, a codificação, o armazenamento e a recuperação, e nas estruturas biológicas (Craik & Jennings, 1992; Dunlosky & Hertzog, 1998; Lindenberger & Ghisletta, 2009). Em comparação com os adultos mais jovens, os idosos são menos eficientes e precisos na codificação. O material armazenado pode degenerar-se a ponto de dificultar ou impossibilitar a sua recuperação e verifica-se um aumento de falhas no armazenamento da informação, somando-se ainda a dificuldade na recordação (Nunes, 2009).

As hipóteses biológicas, como as de detecção de alterações neurológicas, remetem para a premissa de que quanto mais o cérebro se deteriora fisicamente maior será a perda de memória. Verificam-se também efeitos simbióticos negativos, uma vez que o declínio da velocidade de processamento se afigura como contribuinte para a perda de memória na senescência e a perda de memória interfere com o raciocínio e a capacidade de resolução de problemas (Dunlosky & Hertzog, 1998).

Estima-se que o hipocampo, essencial para o armazenamento de novas informações na memória de longo prazo perca cerca de 20% de células nervosas com o envelhecimento, tornando-se ainda vulnerável a danos à medida que sobe a pressão arterial (Papalia et al., 2006). O declínio do córtex pré-frontal é similarmente apontado como responsável por problemas de memória (Nunes, 2009).

O cérebro parece, no entanto, compensar declínios em regiões especializadas recorrendo a outras regiões em modo de auxílio. Num estudo de Reuter-Lorenz, Stanczak, e Miller (1999), utilizou-se o método de tomografia por emissão de positrões para confrontar a actividade cerebral de jovens com a de idosos em duas tarefas de memória. Quando incitados a recordar sequências de letras no visor do computador, os estudantes empregaram apenas o hemisfério esquerdo e quando solicitados a recordar a localização de pontos no ecrã, utilizaram somente o hemisfério direito. Os idosos obtiveram resultados quase equiparados aos dos jovens. Verificou-se que utilizaram tanto o lobo frontal direito quanto o esquerdo nas duas tarefas, como estratégia compensatória.

3. PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO

Salthouse (1996) sugere que o mecanismo basilar que esclarece a variância da performance relacionada com a idade é a diminuição da velocidade de processamento. Esta diminuição da velocidade de processamento coliga-se ao decréscimo funcional de várias outras operações, constituindo-se como causa primeira de défices no funcionamento cognitivo global. Avaliando medidas de velocidade de reacção ou de velocidade perceptiva, verifica-se uma diminuição notória do efeito da idade mesmo em tarefas cognitivamente simples (Salthouse, 1994).

O envelhecimento surge relacionado com uma diminuição da aprendizagem associativa, essencialmente devido à crescente incapacidade de reter informação sobre respostas correctas prévias e à eficácia do processo de codificação da informação (Nunes, 2009). A diminuição na velocidade de processamento resulta numa menor eficácia na codificação ou elaboração, o que origina representações mais frágeis e conseqüentemente mais susceptíveis de serem perturbadas pelos processamentos que subseguem.

Estes efeitos disruptivos que acompanham o envelhecimento cerebral devem-se sobretudo ao decréscimo volumétrico do córtex pré-frontal, uma das áreas mais afectadas na senescência (Schneider, Daneman & Murphy, 2005). Considera-se ainda que a velocidade da transmissão neuronal depende das propriedades estruturais das fibras de ligação, das quais fazem parte o diâmetro axonal e a integridade da bainha de mielina (Nunes, 2009).

Uma hipótese diferente, contudo não impeditiva da anterior, é a de Kravitz e colaboradores (2012), que atribuem a diminuição da velocidade de processamento à necessidade dos idosos recorrerem a mais recursos para lidarem com a execução de tarefas que outrora conseguiriam realizar sem esforço. Estes recursos adicionais aumentam o tempo de processamento necessário às respostas.

Os exercícios utilizados para avaliação da velocidade de processamento devem ser relativamente simples, de modo que as diferenças encontradas se atribuam à velocidade com que operações relevantes são desempenhadas e não a outros factores, como o conhecimento acumulado. Tarefas de decisão lexical, nomeadamente, não são adequadas para avaliar o constructo, visto que na sua execução intervêm também as capacidades verbais (Nunes, 2009). Pode-se assim afirmar que a velocidade do desempenho está primariamente correlacionada com a memória e não com a velocidade perceptiva.

As avaliações da velocidade de processamento devem ser metódicas e pormenorizadas. Pode suceder que o défice de outras capacidades cognitivas envieze os resultados, défices esses que se tornam negligenciados ou permanecem ocultos por se atribuírem os seus efeitos à capacidade de processamento. Por exemplo, as dificuldades que os idosos apresentam na compreensão do discurso à medida que aumenta a taxa de débito do mesmo (que podem, erroneamente, ser

atribuídas à diminuição da velocidade de processamento cognitivo), podem na prática ser atribuídas a uma incapacidade do sistema auditivo (Schneider et al., 2005). Também problemas neurofisiológicos, cardiovasculares ou hipertensão, que podem afetar o fluxo sanguíneo para o cérebro, podem prejudicar o desempenho cognitivo (Salthouse, 2011).

O que ocorre exatamente é que a diminuição da velocidade de processamento contribui para a mudança das capacidades cognitivas e efectividade do processamento de informações, o que pode piorar o desempenho em testes de inteligência, especialmente nas tarefas com tempo controlado, e pode interferir nas capacidades de aprendizagem e memória (Birren, 1995).

A lentificação da resposta cerebral não é geral, mas restringe-se a determinadas tarefas e operações (Salthouse, 2011; Schneider et al., 2005). Uma das capacidades que parece sofrer os efeitos da lentificação é a facilidade para mudar de uma tarefa ou função para outra (Salthouse, 1994), o que permite perceber a dificuldade que pessoas mais velhas tendem a enfrentar na condução, por exemplo, que requer rápidas avaliações e reflexos. As capacidades mais afectadas são as de carácter instrumental, como a orientação espacial, a rapidez perceptiva, a significação verbal (vocabulário) e o raciocínio indutivo (Schneider et al., 2005).

4. COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) afecta entre 10 a 25% das pessoas com idade superior a 70 anos e todos os seres humanos desenvolverão declínios de alguma capacidade cognitiva em algum grau à medida que envelhecem (Kravitz et al., 2012). Ainda que o impacto da demência seja substancialmente maior, o CCL pode gerar níveis significativos de dependência funcional e reduzir a qualidade de vida. O declínio supera aquele que seria esperado num indivíduo da mesma idade e mesmas características que tenha as funções preservadas.

Os dados indicam que a deterioração biológica responsável por este enquadramento resulta do decréscimo do volume cerebral, da perda de mielinização, da redução cortical, da redução de serotonina, acetilcolina e dopamina entre outros (Kravitz et al., 2012). Cumulativamente, estas mudanças dão acréscimo a uma variedade de sintomas associados à senescência, como perdas de memória, dificuldade em manter a atenção ou resolver problemas que exijam rapidez e diferentes capacidades cognitivas.

Verifica-se uma tendência a focalizar os aspectos biológicos que predizem o CCL, porque são percebidos como tangíveis e mensuráveis, mas a condição psicológica também contribui para a fluência cognitiva (Birren, 1995). A forma como o cérebro é utilizado e estimulado tem impacto no seu estado funcional ao longo de toda a vida. Testes psicanalíticos apontam para uma correlação próxima entre o CCL e variáveis como a solidão, personalidade rígida e intransigente, redes sociais

pobres ou inexistentes, ansiedade, stress e sobretudo a depressão (Fechine & Trompieri, 2012). Estes factores de risco fazem com que o indivíduo exerça um esforço maior para manter o nível normativo de performance, recorrendo a mais estruturas cognitivas. Mais do que uma relação causa-efeito, depressão e disfunção cognitiva estão interligadas – a depressão agrava a disfunção cognitiva e o baixo rendimento cognitivo predispõe o idoso para o quadro depressivo (Fechine & Trompieri, 2012; Fonseca, 2006). A depressão faz-se acompanhar de vários défices neuropsicológicos, inclusivamente nas funções executivas, atenção, memória episódica, capacidade visuo-espacial e processamento de informação (Reuter-Lorenz et al., 1999).

Dado que o CCL afecta as funções com gravidade menor e pouco acentuada, é uma área com várias investigações em marcha, por se verificar a possibilidade de tratamentos preventivos da evolução do declínio nestes quadros clínicos (Zepeda, 2010). A plasticidade é uma propriedade intrínseca do cérebro que pode ser potenciada através de estimulação cognitiva e exercício, que ajudam a melhorar as reservas cerebrais e protegem contra a perda de funções.

Do envelhecimento cerebral decorrem alterações mentais e neuropatológicas que podem, numa primeira análise, levar a erros de diagnóstico diferencial entre CCL ou normativo e demência (Damasceno, 1999). O CCL refere-se a um estágio intermédio de declínio cognitivo entre as mudanças que ocorrem no envelhecimento normativo e aquelas que preenchem os critérios para demência ou outra doença neurodegenerativa (Teixeira & Guariento, 2010). Alguns casos de CCL têm probabilidades acrescidas de progredirem para demência, principalmente na presença de precipitadores de risco vascular, tais como hipertensão, diabetes e enfartes (Boutet et al., 2007). Para distinguir a dissemelhança, Damasceno (1999) sugere como passos determinantes para o diagnóstico a avaliação neuropsicológica e comportamental abrangente com apuramento do nível pré-mórbido de funcionamento cognitivo e sócio-ocupacional do utente, bem como exames laboratoriais e de neuro-imagem, reavaliando os resultados após 4 a 6 meses para verificar a consistência dos dados obtidos.

Os casos de CCL apresentam sobretudo défices de memória e comprometimentos leves em testes psicométricos. O rendimento permanece acima do ponto de corte e as actividades quotidianas são preservadas, surgindo dificuldades apenas em tarefas mais complexas (Stott, 2006).

Nos últimos anos, produziu-se um avanço importante na medição clínica da deterioração de funções superiores. A medição é notavelmente complexa, especializada e exaustiva, com baterias de provas neuropsicológicas que requerem uma formação muito específica, o que para o paciente pressupõe horas de exames intensos e potencialmente esgotantes, como são a Wechsler, Luria ou Halstead-Reitan (Delgado & Salinas, 2009). O teste mais utilizado, o “Mini-Mental” (Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, 1975), é um teste simples e útil que se mostra fiável, válido e de rápida utilização. Contudo, não é um instrumento de diagnóstico per se, já que os seus resultados não podem indicar a presença ou ausência da demência, mas sim documentar e objectivar o rendimento

cognitivo de modo a que na presença de baixas pontuações, o clínico prossiga o seu juízo de diagnóstico. Serve para corroborar uma suspeita clínica e tem presente a vantagem de não submeter desnecessariamente os examinados a testes mais morosos e invasivos.

Nesta fase de diagnóstico, é imperativo que conheça a história do indivíduo, para descartar os défices não patológicos ou devidos a uma escolarização insuficiente, a eventual presença de perturbação depressiva (que pode afectar o rendimento cognitivo) ou lesão focal (Stott, 2006). Uma vez descartadas estas possibilidades, o diagnóstico de CCL exige ainda que se comprove um decréscimo do bom funcionamento prévio de pelo menos três funções superiores, como orientação, memória, cálculo, linguagem falada ou escrita ou outras (Salthouse, 1996, 2011).

Se o examinado apresenta sintomas de declínio cognitivo global e agudo, défice funcional e de actividade diária e baixo grau de insight, podemos estar perante um quadro de demência, que poderá ser de tipo vascular ou Alzheimer.

5. DEMÊNCIA

Demência é o termo genérico para declínios cognitivos e comportamentais de proveniência fisiológica que afectam significativamente a vida diária (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). É uma perturbação neuro-comportamental resultante da ruptura da homeostase cerebral, que por sua vez se deve a crises sistémicas ou do sistema nervoso central (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005).

Os casos de demência são irreversíveis uma vez que se tenham instalado, mas alguns podem ser atenuados com diagnóstico e tratamento precoces. Aproximadamente dois terços dos casos de demência são causados pela doença de Alzheimer, uma perturbação neurodegenerativa, ocupando a doença de Parkinson o segundo lugar das causas mais comuns de degeneração neurológica progressiva (Damasceno, 1999). Outras causas de demência incluem lesão ou tumor cerebral, problemas cardiovasculares, hemorragias, doença de Huntington, hidrocefalia, insuficiência hepática ou renal, deficiências nutricionais e doenças infecciosas, como HIV e meningite (Delgado, & Salinas, 2009; Talkington-Boyer, & Snyder, 1994).

A demência ocorre com perdas da função cerebral, prejudicando a memória, a capacidade de raciocínio, a linguagem, as competências sociais, a compreensão e avaliação entre outras faculdades cujo comprometimento se torna visível no comportamento da pessoa afectada (Damasceno, 1999). O declínio progressivo na função cognitiva, sobretudo na memória, é o primeiro indício clínico da doença de Alzheimer, por vezes manifestando-se vários anos antes do diagnóstico.

A perturbação de Alzheimer é a mais comum e recuada forma irreversível de demência, por privar os afectados do exercício normal das suas capacidades, da sua consciência e até do controlo

das funções corporais (Talkington-Boyer. & Snyder, 1994). Tendencialmente manifesta-se depois dos 60 anos (Papalia et al., 2006), aumentando o risco com a idade.

Os primeiros indícios da doença tendem a ser ignorados porque se confundem com perdas comuns de memória ou sinais do processo natural de envelhecimento. A pessoa afectada começa por sentir dificuldades na assimilação de informações novas ou recordação de eventos recentes (Robert et al., 2012), manifestando-se comumente pela repetição de perguntas que acabaram de ser respondidas ou deixando inacabadas tarefas triviais. Sucodem-se outros sintomas, como ansiedade, irritabilidade, depressão e, numa fase mais avançada, delírios.

O cérebro do indivíduo com Alzheimer apresenta quantidades excessivas de emaranhados neurofibrilares, massas de fibras proteicas destruídas e grandes porções de placa amilóide, um tecido insolúvel constituído por uma proteína designada beta-amilóide e rodeado por fragmentos de neurónios mortos (Papalia et al., 2006).

O diagnóstico de Alzheimer pode-se obter através de imagens de ressonância magnética, que medem as modificações do tamanho das estruturas cerebrais associadas à doença, de exames cerebrais que detectam atrofia ou taxa reduzida do fluxo sanguíneo e do consumo de energia, ou ainda de análises dos níveis de beta-amilóides no líquido cérebro-espinhal (Summers & Saunders, 2012). São feitas entrevistas, testes físicos, neurológicos e de memória. Os cuidadores ou familiares próximos devem ser inquiridos para averiguar a veracidade e acuidade da informação, tendo em conta que pode ser enviesada pelos défices de memória do idoso.

Parkinson, outro tipo de demência, caracteriza-se por tremor, rigidez, postura instável e retardamento dos movimentos (Fonseca, 2006; Papalia et al., 2006). Alzheimer e Parkinson, simultaneamente com a demência causada por pequenos acidentes cerebrovasculares provocados por uma sequência de pequenos derrames (demência vascular), são responsáveis por pelo menos 80% dos casos de demência, todos irreversíveis (Lobo et al., 2000). Existem diferentes tipos de demência vascular, mas as duas vertentes mais habituais são a demência causada por múltiplos enfartes cerebrais e a Doença de Binswanger ou demência vascular subcortical, sobretudo causada por hipertensão arterial, estreitamento das artérias ou circulação sanguínea deficitária (Wacker, Nunes & Forlenza, 2005).

Em suma, verifica-se a grande importância que a temática do declínio cognitivo assume no panorama da psicologia, tanto na perspectiva da sua prevenção como na intervenção junto das pessoas afectadas. O declínio cognitivo, em todas as suas vertentes apresentadas neste primeiro capítulo, altera significativamente a vida do idoso, comprometendo o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. A sua autonomia pode ser afectada, visto que os danos advindos da senescência causam incapacidades e limitações que podem exigir a atenção e cuidados de terceiros. Estas alterações na esfera psicossocial do indivíduo serão tratadas ao longo do segundo capítulo.

CAPÍTULO II – REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR

O envelhecimento não é sinónimo de dependência, embora acarrete frequentemente um aumento de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, com consequências para a autonomia dos indivíduos, exigindo suporte familiar, social e de saúde. O declínio cognitivo e a sua natureza progressiva resultam numa deterioração gradual das capacidades da pessoa senescente, exigindo muitas vezes cuidados ou outro tipo de suporte instrumental quer por parte de familiares, quer por parte de instituições vocacionadas para o efeito (Paúl, 2005). Esta é uma realidade que afecta tanto a pessoa cuidada como o seu núcleo familiar, sobretudo se for um familiar o destacado para esta tarefa de prestação de cuidados. Como o declínio cognitivo tende a agravar-se de modo evolutivo, o processo de adaptação é uma demanda constante, pois cada vez o grau de dependência é maior (Papalia et al., 2006).

Os cuidados intra-familiares inscrevem-se nos valores culturais da população e na tradição familiar. Quando a família se disponibiliza ao acolhimento e cuidados de uma pessoa em processo de envelhecimento enfrenta uma etapa de mudança, que será tão mais complexa e exigente quanto maior for o nível de comprometimento advindo do declínio cognitivo (Sorensen, Pinquart & Duberstein, 2002). As transformações que se dão não dependem apenas das características dos sujeitos em questão e do contexto envolvente, mas também de aspectos inerentes ao funcionamento do sistema familiar e do tipo de relação entre sub-sistemas, neste caso, geracionais (Relvas, 2006). Segundo esta visão relacional-simbólica, o modo que a família escolhe para lidar com a situação de prestação de cuidados está dependente da configuração desenvolvimental das relações, ou seja, das características que lhes são intrínsecas e que lhes permitem manter uma continuidade estável perante as transições da vida (Minuchin, 1982). Quando a ligação entre os membros é de complementaridade e reciprocidade, dá lugar a uma relação de apoio mútuo para além da diferenciação de papéis (Cigoli & Scabini, 2006).

Assumir a responsabilidade por um idoso repercute-se na relação entre o idoso e o cuidador, na relação conjugal da pessoa que presta cuidados e na dinâmica conjunta, principalmente se o casal tiver filhos (Paúl, 2005). A incapacidade funcional não afecta somente a pessoa senescente, mas também os indivíduos que convivem com ela. Por este motivo, entre outros, a institucionalização da pessoa pode surgir como alternativa mais viável, não só porque alivia a família do encargo mas também porque estes se revelam como locais especializados e aptos para um melhor acompanhamento (Simões, 2011).

Este segundo capítulo apresenta algumas das alterações que se dão na dinâmica familiar no processo de declínio cognitivo do idoso, sobretudo quando a família o acolhe em tempo integral e um dos elementos assume as funções de cuidador informal. Seguidamente e ainda nesta temática,

surge a questão da institucionalização, que se apresenta não raras vezes como única saída possível ou como alternativa ao cuidado familiar.

1. AS ALTERAÇÕES NA DINÂMICA FAMILIAR

Prestar cuidados a um idoso ou simplesmente acolhê-lo num núcleo familiar constitui-se como um período transição, que não tendo que ser necessariamente de conflito, implica invariavelmente reorganizações de papéis e hábitos. A adaptação será mais custosa caso o declínio cognitivo e estado de saúde global do idoso exijam maior atenção e prestação de cuidados continuados. O século XX trouxe grandes transformações políticas e sócio-económicas que tiveram impacto na estrutura familiar. Até então, nas famílias alargadas, residiam na mesma casa várias gerações que viviam em proximidade, determinando padrões de suporte inter-geracional e assistência na velhice. Nas novas dinâmicas familiares, com o aumento dos divórcios, das famílias reconstituídas ou monoparentais e casais sem filhos, não há espaço para trocas mútuas de assistência (Robert et al., 2012).

A emergência da velhice pode ser percebida enquanto questão social no contexto do ciclo da vida familiar e como mudança histórica que afecta os indivíduos nos seus vários estádios (Pereira et al., 2011). Dão-se mudanças nas relações inter-geracionais e nos padrões familiares. A família apresenta-se como o principal sistema de suporte ao idoso, apesar das dificuldades vivenciadas, sendo que a importância da estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações na sua qualidade de vida e no seu bem-estar (Andrade & Martins, 2011).

A gradual perda de participação social e laboral leva o idoso a sentir-se por vezes inútil e improdutivo, o que pode vir a causar perda de identidade e até depressão. A sensação de impotência é sobretudo exacerbada quando existe a necessidade do auxílio de terceiros para as necessidades básicas, o que pode dar lugar a que a pessoa cuidada sinta que está a perder privacidade e dignidade (Pereira et al, 2011). Conviver com as perdas físicas e cognitivas resultantes do envelhecimento biológico e com a maior propensão à morbidade também provocam fadiga, frustração, sentimentos de vergonha e impotência, depressão e picos de mau-humor por vezes característicos da velhice (Robert et al., 2012).

As modificações que advém da prestação de cuidados a um idoso (sobretudo com indícios de declínio cognitivo) verificam-se particularmente na relação cuidador/idoso, na relação conjugal de quem presta cuidados, nas relações filiais, de fratria e extra-familiares. Em consequência de uma rotina diferente, a dinâmica familiar é atingida por alterações que exigem reajustamentos e deslocamentos de poder, dependência e intimidade (Pereira et al., 2011). As limitações que são impostas podem ser vivenciadas como foco de stress familiar. A acomodação às necessidades do idoso exige estratégias adaptativas que podem levar a uma quebra do equilíbrio familiar,

dependendo do significado que o sistema familiar atribui ao acontecimento. As rotinas diárias e os planos familiares, como férias e outros, têm que ser articulados com as necessidades de cuidados do idoso. Aqui entra a capacidade de reorganização da família e a forma que tem de lidar com a situação, o que se vai repercutir no bem-estar comum – a família e o cuidador não devem privar-se totalmente de momentos de lazer ou de convívio social (Andrade & Martins, 2011). A qualidade de vida e aceitação da nova realidade será maior se esporadicamente reservarem algum tempo para descanso.

É uma prova difícil acolher uma pessoa numa família constituída, já que a privacidade e os relacionamentos sofrem necessariamente alterações. O idoso pode sentir-se inútil, aborrecido e isolado dos amigos e a relação conjugal do filho adulto que acolha o progenitor idoso pode vir a ser ameaçada. O êxito desse esquema depende sobretudo da qualidade do relacionamento que existiu no passado e da capacidade de ambas as gerações se comunicarem de maneira plena e honesta. A decisão respeitante ao acolhimento de um idoso, principalmente com comprometimento cognitivo de algum nível, deve ser mútua e ponderada cuidadosamente. Tanto os pais como os filhos precisam respeitar a dignidade e a autonomia de cada um e aceitar as diferenças (Papalia et al., 2006).

O bem-estar físico e psicológico da família é da máxima importância para a qualidade de vida da pessoa a seu cuidado. Um problema apontado por Talkington-Boyer e Snyder (1994) na caracterização das famílias com alguém a seu cuidado é o facto de a maioria dos instrumentos de medição utilizados consistirem em cheklists que não contemplam as diferenças inter-individuais nas respostas a eventos similares. No que diz respeito às sensações de sobrecarga e desgaste ou sentimentos depressivos, parece ser determinante a avaliação que o cuidador faz da situação, ou seja, as situações podem não ser necessariamente desgastantes em si, mas interpretadas ou não como tal (Pereira et al., 2011). Estas interpretações dependem em grande escala das características e estilos de coping do cuidador, do comportamento da pessoa cuidada e do suporte que o cuidador recebe.

A família necessita de apoios que vão desde os aspectos materiais até aos emocionais, passando pela necessidade de informações (Caldas, 2003). A componente material compreende recursos financeiros, questões de habitação, transporte e acesso aos serviços de saúde. Quanto à informação, são necessários esclarecimentos sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente circundante ao idoso cuidado, pois pode haver a necessidade de ajustamento do espaço, desde a adaptação de casas-de-banho, rampas para cadeira de rodas e outros. Não menos importante é o suporte emocional, que se traduz numa rede de cuidados que interliguem a família aos serviços de apoio disponíveis e meios que garantam qualidade de vida aos cuidadores. É importante que se elaborem estratégias para incluir as famílias no processo do ciclo vital do envelhecimento, ampliando a visão para as exigências feitas aos familiares, considerando a estrutura, dinâmica, expectativas e necessidades de cada família (Caldas, 2003).

A família pode identificar-se como tendo uma sequência previsível de transformações na sua organização em função do cumprimento de tarefas ou etapas bem definidas que englobam de forma interactiva características dos sujeitos, aspectos internos do sistema e a relação entre os subsistemas e os contextos externos em que a família se insere (Relvas, 2006). Cigoli e Scabini (2006) referem eventos críticos que constituem transições familiares, como nascimentos, casamentos, mortes, transições para a idade adulta ou velhice. Não são necessariamente negativos; dependendo da forma que a família lida com as dificuldades, podem até edificar oportunidades valiosas para transformar as relações numa configuração desenvolvimental.

Numa perspectiva relacional-simbólica, Minuchin (1982) completa-nos esta visão, referindo que a família é um sistema aberto e em constante transformação. As acções de cada um dos membros da família são orientadas pelas características intrínsecas ao próprio sistema familiar, mas podem mudar perante as necessidades externas. A relação familiar é primária – os sujeitos estão ligados entre si enquanto pessoas, na totalidade e unicidade do seu existir, para além dos papéis e tarefas que devem desenvolver (Cigoli & Scabini, 2006). Ou seja, a reorganização que é exigida à família não deve passar apenas pelo planeamento manifesto de tarefas e posições que cada membro ocupa naquela estrutura específica. Deve haver uma reformulação de significados e integração da nova realidade, sabendo que que cada família tem o seu conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas que se define a partir das relações internas e externas ao seu núcleo.

O paradigma relacional-simbólico recorre aos elementos ético-afectivos que configuram a estrutura que sustenta tanto a relação conjugal como a inter-geracional (Zaccarini, 2009). Neste sentido, a família possui uma dimensão social específica enquanto lugar primário de relações interpessoais, constituindo-se idealmente como organização onde se expressa a dimensão relacional, filial e comunitária que forma a pessoa na plenitude da sua dignidade e solidariedade. Subentende-se um intercâmbio recíproco de apoio e sustentação inter-geracional recíproca, ou seja, a família deve ser uma rede de ajuda e promoção da solidariedade social. Confiança-esperança aliados a lealdade-justiça são polos que harmonizam a família e promovem a sua coesão.

O envelhecimento é uma etapa normativa do ciclo vital familiar e como tal não devia ser encarado como uma etapa final a ser destacada da família alheando o elemento senescente. Este modelo entende que a família é uma organização e como tal deve organizar-se e transformar a diversidade em unidade, garantindo a continuidade e identidades pessoais num equilíbrio saudável entre estabilidade e mudança (Cigoli & Scabini, 2006). Quando a família acolhe o membro senescente, deve organizar-se enquanto grupo que deve manter a sua continuidade integrando a mudança – a família humaniza os seus membros e gera o bem relacional, fazendo-o por meio da sua estrutura simbólica (Zaccarini, 2009).

As relações familiares movimentam-se entre o dom e a dívida, o dar e receber como intercâmbio circular que deve sobretudo estar presente da modalidade de cuidados na relação

conjugal, parental e entre estirpes. Quando a família ou especificamente os filhos assumem uma relação de prestação de cuidados, devem fazê-lo tanto por obrigação moral como por desejo de retribuir os cuidados outrora prestados pelos pais. A reciprocidade encerra um significado particular na família, tratando-se não de uma inversão de papéis mas de uma integração de papéis compartilhados. Com esta integração e colaboração mútua os resultados alcançados são mais satisfatórios para todos os membros e tornam a família mais funcional (Scabini & Iafrate, 2003).

2. O CUIDADOR

Quando o estado cognitivo se agrava e causa dependência no idoso, pode ocorrer que algum familiar se disponibilize para lhe prestar os cuidados necessários. Quando o cônjuge está capaz de o fazer, é a escolha mais comum de cuidador informal, caso contrário, se o indivíduo for viúvo, um filho poderá disponibilizar-se também. Esta escolha deve ser ponderada seriamente, pois acarreta mudanças significativas nas rotinas habituais, exigindo preparação e disponibilidade. Torna-se, nos casos de maior dependência, numa ocupação integral, impossibilitando o cuidador de manter uma situação profissional activa e afectando também a sua vida social.

O cuidado informal sobrevém da prestação de cuidados a pessoas dependentes, cuidados esses que podem ser prestados por parte de família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas que não são remunerados economicamente pelos cuidados que prestam, tornando-se assim cuidadores informais (Cruz et al., 2010). Este cuidador informal experiencia efeitos que se repercutem na sua qualidade de vida e na do idoso.

O estado funcional e cognitivo da pessoa cuidada, assim como a sua dependência e comportamento problemático são fonte de stress para o cuidador. Estudos de meta-análise realizados por Perren, Schmid, e Wettstein, (2006) indiciam que existem fortes associações entre os comportamentos disruptivos da pessoa cuidada e stress, estados depressivos, cansaço extremo ou esgotamento do cuidador. Não obstante, nem todos os cuidadores apresentam níveis de stress ou esgotamento (Perren, Schmid & Wettstein, 2006), que parecem correlacionar-se mais com os recursos disponíveis para fazer frente às demandas da situação corrente do que à situação em si mesma. A prestação de cuidados a idosos dependentes não funda uma experiência apenas desgastante, e reconhecer uma dimensão positiva da dinâmica cuidador/idoso afigura-se como uma mais-valia para o cuidador, na medida em que a ligação poderá ser fortificada quando é fortalecido o sentimento de gratificação.

Quando o cuidador é o cônjuge, o nível de afectação negativa é habitualmente menor, porque o sentido de compromisso é mais significativo e a intimidade facilita os cuidados prestados. Contudo, o impacto emocional pode ser mais devastador, pela proximidade e noção de perda do companheiro.

Muitos dos cuidadores relatam dificuldades na prestação de cuidados de saúde domiciliários, nomeadamente porque carecem de apoios que não lhes são facultados, como orientação, apoio pessoal, consultas frequentes ou auxílio em transportes. O apoio financeiro também é um aspecto relevante porque a relação de cuidados acarreta gastos crescentes que surtem impacto na economia familiar. A sobrecarga do cuidador, a rede de suporte social e o nível de dependência da pessoa cuidada são as variáveis tidas como as de maior impacto na sensação de bem-estar do cuidador informal (Talkington-Boyer & Snyder, 1994). Segundo Cruz e colaboradores (2010) emergem como variáveis determinantes para o bem-estar do cuidador informal do idoso dependente as suas vivências actuais e anteriores, as motivações que o levaram a aceitar o papel de cuidador, as dificuldades enfrentadas, as estratégias de coping que utiliza, o nível de sobrecarga e a satisfação sentida.

É o grau de dependência funcional do idoso que determina a exigência de um menor ou maior envolvimento da parte do cuidador informal. Este grau de dependência é avaliado com base nas suas capacidades de execução de actividades instrumentais da vida diária, como cuidados pessoais (vestir-se, alimentar-se, controlo dos esfíncteres, tomar banho), locomoção, autonomia e independência, realização de tarefas domésticas, administração de medicação e das contas próprias, trabalho profissional, lazer, contactos sociais e exercício físico (Caldas, 2003). Este grau de dependência do idoso, a par da situação económica da família, podem ser factores determinantes para a tomada de decisão sobre a relação de prestação de cuidados.

As motivações que levam a pessoa a assumir o papel de cuidador podem também relacionar-se com factores respeitantes ao idoso, como o seu estado de saúde ou o facto de ter rejeitado a institucionalização e ao cuidador, como o sentido de dever e obrigação ou gratidão e retribuição quando se trata de algum dos progenitores (Caldas, 2003). Outras variáveis ainda contribuem para esta tomada de decisão, como a dependência financeira, o grau de parentesco, o género, a proximidade física e afectiva, o estado civil, a situação actual de emprego e respeito para com a vontade do idoso e da família – aqui podem influir questões como a tradição familiar ou simplesmente a ausência de possibilidade de outra resposta (Caldas, 2013; Guedea et al., 2011). De facto, a perspectiva relacional-simbólica contempla algumas destas variáveis, como é o caso do grau de parentesco, que remete aos sub-sistemas geracionais e tipos de fronteiras existentes entre eles, fronteiras essas que determinam o nível de proximidade ou afastamento entre a geração dos pais e a dos filhos (Minuchin, 1982). O mesmo sucede com o género, pois a formação de sub-sistemas a este nível geralmente propicia casos em que as filhas mulheres cuidam das mães e, embora com frequência menor, filhos homens cuidem dos pais (Zaccarini, 2009). A família como organização tende para a transformação da diversidade em unidade e para o equilíbrio entre a mudança e a estabilidade, usando da sua estrutura simbólica para humanizar os laços que unem os membros entre si, dando e recebendo num intercâmbio circular (Cigoli & Scabini, 2006).

O cuidado informal também se reveste de aspectos positivos que merecem averiguação e estudo por parte da investigação, pois permitem perceber e fortalecer os benefícios e satisfação que podem advir da prestação de cuidados (Sorensen, Pinquart & Duberstein, 2002). Deve apostar-se no reforço do compromisso do cuidador, auxiliando-o a centrar-se na importância do papel desempenhado.

Com base nos dados de investigação de Caldas (2003), verifica-se que quando beneficiam de uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer cuidados e permanecer socialmente activos, sem se imobilizarem pela sobrecarga determinada pela difícil e absorvente atenção à pessoa dependente.

Algumas intervenções psico-educacionais (Sorensen et al., 2002) demonstram eficácia na moderação de efeitos negativos como depressão e desgaste físico e emocional, melhorando o seu bem-estar através de habilidades de coping e conhecimentos específicos à tarefa de cuidador. Idealmente deviam facultar-se aos cuidadores a informação, educação e suporte necessários para enfrentar de forma adequada esta condição.

3. A PROBLEMÁTICA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

O Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro adopta uma definição ampla dos lares de idosos, referindo-os como locais onde se desenvolvam “actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes” (p.767). Os lares são, portanto, locais que se especializam na prestação de diversos cuidados à pessoa idosa quando esta está impossibilitada de o fazer por si própria e, por qualquer motivo, não pode ficar ao cuidado da família.

Quando não é possível o acompanhamento dos idosos no seu meio familiar ou social, a institucionalização surge como forma alternativa de garantir ao idoso uma vida confortável que respeita a sua independência. Nem todos os idosos encontram no seu grupo de relações pessoas disponíveis para aceitar as tarefas inerentes aos cuidados que precisam, ou porque nenhum familiar se disponibiliza à prestação de cuidados ou porque simplesmente não têm familiares. O facto de o idoso morar só, tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento de morbilidade ou até risco acrescido de mortalidade, o que legitima a importância da existência de contextos especializados como lares ou casas de repouso (Simões, 2011).

Quando as famílias não possuem condições para a prestação de cuidados ao idoso e optam pela institucionalização, esta decisão pretende oferecer circunstâncias mais qualificadas do que as

que a família pode oferecer no momento, com a vantagem de proporcionar garantias de cuidado efectivo e acompanhamento médico regular (Andrade & Martins, 2011). Esta nem sempre é uma decisão fácil. Os filhos sentem que é seu dever cuidar dos pais como forma de gratidão e dever familiar. Os laços que unem uma família, como visto nos pontos anteriores, vão para além da dimensão biológica, configurando-se também numa dimensão relacional-simbólica (Cigoli & Scabini, 2006). É nesta esfera que se cria a relação de gratidão e apoio mútuo numa linha de afectividade e ética familiar (Scabini & Iafrate, 2003). Mas, quando os filhos adultos têm a sua própria família constituída e trabalho, esta situação afigura-se como uma ruptura nas suas vidas embora também vejam a institucionalização com relutância, pesar e sentimentos de culpa. Em todo o caso, quando a família não se sente capaz de responder às solicitações dos seus idosos, verifica-se sempre mais benéfico optar por delegar este tipo de funções a instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos.

Quanto aos idosos, podem preferir ser institucionalizados por serem relutantes em sobrecarregar a sua família, por um lado, e por outro sentem que vão abdicar da sua liberdade e autonomia ao tornarem-se dependentes dos cuidados de terceiros, o que pode ser entendido como mais constrangedor se for um filho. A maioria das pessoas mais velhas não quer, contudo, deixar a sua casa e mudar-se para uma instituição e caso ninguém se disponibilize, podem sentir que é um sinal de rejeição por parte dos filhos. Correm maior risco de institucionalização os idosos que vivem sozinhos, os que não participam em actividades sociais, aqueles cujas actividades diárias são limitadas por questões de saúde ou invalidez e aqueles cujos cuidadores estão sobrecarregados (Papalia et al., 2006).

Como referido, as causas para a institucionalização podem ser diversas, sendo que muitas vezes é a conjugação destas causas e não apenas uma que origina a opção por este tipo de apoio social (Paúl, 2005). Por maior que seja a qualidade da instituição, há sempre um corte com a realidade anterior, passando a haver em algum nível afastamento do convívio social e familiar. A pessoa idosa passa por um processo de familiarização com um conjunto de situações totalmente novas, como o espaço, as rotinas, pessoas que não conhece e com quem passará a partilhar a sua vida. Este processo de integração e readaptação pode ocasionar reacções de angústia, medo, revolta e insegurança.

Mesmo em situações em que esta medida se apresenta como inevitável (quando o estado de saúde é precário ou não existem familiares que se responsabilizem pelos cuidados), a transição pode ser cumprida de uma forma natural. Para a mudança ser bem-sucedida, Paúl (2005) indica que visitas prévias à instituição e a tomada de consciência de outras pessoas das suas relações e outras optam por esta solução facilitam a aceitação. A maioria das instituições é capaz de providenciar os serviços essenciais para levar uma vida digna, proporcionando também uma série de soluções que lhes permita manter uma alguma actividade.

Considerando as preferências e exigências dos idosos, os cuidados prestados na instituição ou lar devem assegurar a participação do idoso, procurar estratégias voltadas para a melhoria dos cuidados de saúde oferecidos nas instituições respeitando sempre a história de vida, valores e hábitos culturais das pessoas envolvidas, contribuindo assim para melhorar qualidade de vida dos utentes.

Resumindo, a família prevalece como opção no sistema de suporte informal aos idosos, podendo enfrentar algumas dificuldades de adaptação dependendo da forma como se reestruturou. Vão-se sucedendo transformações na organização familiar, com maior exigência se um dos membros se disponibiliza ao cuidado informal a tempo inteiro. A institucionalização abordou-se também como opção que pode fazer parte do panorama do envelhecimento.

CONCLUSÃO

O envelhecimento surge na vida das pessoas como um processo que transforma os adultos saudáveis em pessoas frágeis, com uma diminuição do rendimento da maioria dos sistemas fisiológicos e com uma vulnerabilidade que aumenta exponencialmente o surgimento de doenças. Gradualmente o passar do tempo traz consigo o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções físicas e cognitivas. Todavia, os indivíduos que se exercitam intelectualmente e praticam actividades físicas regulares vêm as funções biológicas e psíquicas a resistir por mais tempo. Quanto mais activa a pessoa é ao longo da vida, maior se torna a probabilidade de que se mantenha dinâmico e activo numa idade mais avançada, envelhecendo de maneira saudável e preservando por mais tempo as suas funções cognitivas.

Desta forma, justifica-se a pertinência do estudo do processo de envelhecimento, dos seus efeitos, factores protectores e preditores, para que melhor se possam articular procedimentos no sentido da prevenção ou atenuação dos efeitos do declínio cognitivo na senescência. Efectivamente, é cada vez mais frequente a ideia de envelhecimento bem-sucedido, que se traduz num projecto que visa contrariar, tanto quanto possível, a tendência de que um acréscimo no número de anos seja acompanhado pelo decréscimo na qualidade de vida.

Este trabalho contribuiu para o aprofundamento do saber acerca da senescência e processo de declínio das funções cognitivas, assim como dos efeitos que tem na vida da pessoa afectada e na da sua família de origem. Houve uma tentativa de compreensão do processo envelhecimento e das principais dimensões comprometidas. Neste aspecto, encontram-se teorias que divergem quanto à explicação das causas das quais emergem os problemas. No exemplo da diminuição da velocidade de processamento, algumas explicam-no como resultado de fenómenos específicos

como a diminuição da mielinização e do diâmetro axonal; segundo outras teorias, pode advir do decréscimo funcional de outras operações como a memória e da necessidade de com a idade se ter que recorrer a mais recursos para compensar défices (Birren, 1995; Nunes, 2009).

A emergência da senescência enquanto problema social deve ser compreendida no contexto da continuidade normativa da vida e das mudanças históricas que afectas as pessoas ao longo das diversas etapas. Idealmente a compreensão dos problemas que tanto as pessoas cuidadas como as suas famílias experienciam deve ser alargada, com um maior entendimento dos processos de mudança que afectam os acontecimentos da vida, as relações inter-geracionais e os padrões familiares. Deve ser facultado apoio à família no sentido de melhorar os seus padrões adaptativos. Porém, atendendo às novas configurações familiares, transformações sociais e outros casos, a responsabilidade no apoio aos dependentes nem sempre pode recair exclusivamente na família e, cada vez mais, há a necessidade de que o estado social providencie meios eficazes de apoio formal.

Sumariamente, os resultados deste estudo revelam que há uma grande complexidade no que diz respeito às várias funções cognitivas afectadas pelo declínio cognitivo na senescência. Quanto à dimensão psicossocial e familiar da senescência, constitui-se como área ainda algo deficitária na medida em que se encontram diversos estudos de recolha de dados e investigação e uma minoria com intervenções efectivas. Na maioria dos estudos sobre ciclo vital, transições e estrutura familiar, encontra-se o termo vínculo inter-geracional muito associado a descendência, a relação pais-filhos. O inverso, ou seja, os cuidados e responsabilidades dos filhos para com os pais, ainda são pouco contemplados.

O interesse por parte de várias áreas de conhecimento é justificado, pois como é reiterado por Fonseca (2006) haverá poucas realidades tão universais como o envelhecimento. Como tal, há uma importância acrescida destas temáticas para a sociedade que enfrenta o envelhecimento da população, por um lado, e o aumento da esperança média de vida, por outro.

Numa análise temporal, assiste-se a um afastamento da ideia de velhice como etapa final do desenvolvimento para a sua concepção como desafio para o processo evolutivo. É inegável que é um período que traz perdas em proporção maior que a dos ganhos, pelo que se deve considerar um maior enfoque em medidas preventivas, nomeadamente proporcionar formas de prolongar e enriquecer a actividade desenvolvida na vida adulta, despertar a utilidade social, responsabilizar os indivíduos social e comunitariamente ou potenciar unidades de suporte para limitar o risco de dependência ou isolamento. Os relacionamentos interpessoais também precisam ser contemplados, particularmente na forma de suporte e apoio às famílias cuidadoras. O esclarecimento e informação são indispensáveis para que haja uma melhor adaptação das famílias e dos idosos cuidados.

Atendendo à família, conclui-se que a reciprocidade e a dimensão relacional-simbólica dos laços jogam um papel importante na dinâmica familiar, pois a transmissão de valores, normas, crenças, formas de lidar com as situações e as pessoas são constituintes de uma interioridade familiar que se pode sobrepor a condições externas (Cigoli & Scabini, 2006). A funcionalidade e

eficácia das famílias deve ser potenciada ao máximo, com o objectivo de fomentar o sentimento de pertença e integração e aumentar a proximidade e coesão entre membros familiares que se aliem em colaboração e apoio mútuo (Zaccarini, 2009). Desta forma, haverá maior probabilidade de apoio familiar à pessoa em processo de envelhecimento, protelando ou até evitando situações de institucionalização, isolamento ou abandono.

As estatísticas demográficas comprovam o aumento da faixa etária envelhecida, contudo, o sistema político-governamental parece estar sobretudo centrado no impacto sócio-económico, negligenciando a dimensão biopsicossocial do envelhecimento que na sua globalidade, como se tentou demonstrar com esta abordagem associativa entre declínio cognitivo na senescência e dinâmica familiar, não atinge na maioria dos casos apenas a pessoa afectada. Os cônjuges, os filhos e toda a família sofrem repercussões nesta etapa. Logo, as medidas não podem direccionar-se apenas à pessoa envelhecida, devendo contemplar-se padrões mais abrangentes. Deve ser facilitada a inserção social e melhoradas as condições de institucionalização.

Este trabalho manifesta como uma restrição a brevidade ou simplificação que foi necessária para a apresentação de um tema de tal complexidade. A dimensão do trabalho obrigou à redução de um assunto que se ramifica e aprofunda largamente, com a consequência de se omitirem outros temas complementares e importantes para a compreensão do apresentado. Outra limitação prende-se com o facto de se basear maioritariamente em referências bibliográficas de cariz teórico, devido à escassez de material com dados práticos ou resultados de intervenções e programas aplicados.

Em síntese, verificam-se alguns pontos que mereceriam futuramente maior atenção e desenvolvimento por parte dos envolvidos nesta temática: a necessidade de efectivar práticas e programas de apoio aos cuidadores informais; projectos no sentido de promover a coesão e auto-sustentabilidade familiar, evitando em simultâneo casos de isolamento social; facultar psico-educação sobre o processo de envelhecimento, que esclarecesse as pessoas, desde a idade adulta, sobre os sinais de alerta e práticas protectoras; por último, alargar a intervenção e apoios a toda a família com membros senescentes, ou melhor, que contemplem a família como unidade própria e singular e não apenas a díade cuidador-cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Birren, J. (1995). New models of aging: Comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*, 14(1), 1-3.
- Boutet, I., Milgram, N., & Freedman, M. (2007). Cognitive decline and human (homo sapiens) aging: An investigation using a comparative neuropsychological approach. *Journal of Comparative Psychology*, 121(3), 270-281.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 733-781.
- Cigoli, V., & Scabini, E. (2006). *Family identity: ties, symbols and transitions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Corna, L., Wade, T., Streiner, D., & Cairney, J. (2009). Transitions in hearing impairment and psychological distress in older adults. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(8), 518-525.
- Craik, F., & Jennings, J. (1992). Human memory. *Handbook of aging and cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Pp. 51-110.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem*, 3(2), 127-136.
- Damasceno, B. (1999). Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(1), 78-83.
- Delgado, C., & Salinas P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas en adultos mayores. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 20, 244-251.
- Dunlosky, J., & Hertzog, C. (1998). Aging and deficits in associative memory: What is the role of strategy production? *Psychology and Aging*, 13, 597-607.
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(7), 106-132.



Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2.^a ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Guedea, M., Jáquez, M., Dávalos, G., Guedea, R., Montesinos, M., Petearson, M., & Sing, B. (2011). Escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores (EBEMS/CFAM). *Revista de Psicología*, 29(2), 266-287.

Horta, A., Ferreira, D., & Zhao, L. (2010). Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 523-528.

Kravitz, E., Schmeidler, J., & Beer, M. (2012). Cognitive decline and dementia in the Oldest-Old. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 3(4), 1-15.

Lindenberger, U., & Ghisletta, P. (2009). Cognitive and sensory declines in old age: Gauging the evidence for a common cause. *Psychology and Aging*, 24(1), 1-16.

Lobo, A., Saz, P., & Roy, J. (2000). Deterioro cognoscitivo en el anciano. *Medicina Interna*. Barcelona: Editorial Hartcourt. Pp. 99-123.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. *Despacho Normativo n.º 12/98*. – Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos. Diário da República, 1.^a Série B, (47), 25 de Fevereiro de 1998. Pp.766-775.

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Nunes, M. (2009). Envelhecimento cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*. Pp. 19-29.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento e ambiente. *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Pp. 247-268.

Pereira, M., Roncom, J., & Carvalho, H. (2011). Aspectos psicológicos e familiares do envelhecimento. Azeredo, Z. (Org.). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma. Pp. 102-130.

Perren, S., Schmid, R., & Wettstein, A. (2006). Caregivers adaptation to change: The impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers' subjective well-being. *Aging and Mental Health*, 10(5), 539-548.

Petersen, R. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.

Relvas, A. (2006). *O Ciclo Vital da família* (4^aed.). Porto: Edições Afrontamento.

Reuter-Lorenz, P., Stanczak, L., & Miller, A. (1999). Neural recruitment and cognitive aging: Two hemispheres are better than one especially as you age. *Psychological Science*, 10, 494-500.

Robert J., Blendon, J., Benson, E., Weldon, K., Georges, J., Baumgart, M., & Kallmyer, B. (2012). The impact of experience with a family member with Alzheimer's disease on views about the disease across five countries. *International Journal of Alzheimer's Disease*. Pp. 1-9.

Salthouse, T. (1994). Aging associations: Influence of speed on adult age differences in associative learning. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 20(6), 1486-1503.

Salthouse, T. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103, 403-428.

Salthouse, T. (2011). Neuroanatomical substrates of age-related cognitive decline. *Psychological Bulletin*, 137(5), 753-784.

Scabini, E., & Iafate, R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Milano: Il Mulino. Pp. 45-62.

Schiffman, S. (1997). Taste and smell losses in normal aging and disease. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1357-1362.

Simões, A. (2011). Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem-sucedido? *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, XV(1), 7-27.

Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated metaanalysis. *Gerontologist*, 42(3), 356-372.

Stott D. (2006). Cognitive decline in ageing. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, 1, 21-25.

Summers, M., & Saunders, N. (2012) Neuropsychological measures predict decline to Alzheimer's dementia from mild cognitive impairment. *Neuropsychology*, 26(4), 498-508.

Talkington-Boyer, S., & Snyder, D. (1994). Assessing impact on family caregivers to Alzheimer's disease patients. *The American Journal of Family Therapy*, 22(1), 57-66.

Teixeira, I., & Guariento, M. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2845-2857.

Wacker, P., Nunes, P., & Forlenza, O. (2005). Delirium e demência no idoso: existem factores de risco comuns? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 113-118.

Zaccarini, F. (2009). El paradigma relacional simbólico y relaciones familiares tempranas. *Familia*, 38. Pp. 87-116.

Zepeda, M. (2010). Deterioro cognitivo. *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*. Pp. 221-228.

