

Envelhecimento, funções executivas e estratégias de coping: Um estudo em idosos.

João Pedro Costa Túlio

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Isabel Miguel

Professor Doutor Enrique Vásquez-Justo

Abril, 2017



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

João Pedro Costa Túlio

Envelhecimento, funções executivas e estratégias de coping:

Um estudo em idosos.

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Miguel e do Professor Doutor Enrique Vásquez-Justo

Departamento de Psicologia e Educação

Abril, 2017



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Isabel Miguel pela disponibilidade, apoio, incentivo e partilha de conhecimento.

A todos os idosos que amavelmente colaboraram neste estudo, possibilitando-o.

À Universidade Portucalense que ao longo dos últimos cinco anos do processo formativo/pedagógico me permitiu a concretização deste mestrado.

Aos meus tios, pois, sem eles nada disto seria possível o meu muito obrigado por esta grande caminhada :)....

Aos meus colegas pela troca de experiencias mútuas.

Resumo

De acordo com Pimentel (2005), ser idoso, só por si, não deveria ser um acontecimento negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque envelhecem não perdem necessariamente as suas capacidades e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação. O envelhecimento é um fenómeno natural, universal e imprescindível (...), que ocorre a diversos níveis e muda de pessoa para pessoa (Pimentel, 2005).

O trabalho seguinte caracteriza-se por ser de natureza quantitativa, pretendendo assim avaliar se as estratégias de *coping* influenciam as funções executivas em idosos.

Procedeu-se assim a uma amostra de 90 idosos institucionalizados e não institucionalizados (55 mulheres e 35 homens), sendo um dos requerimentos de participação não apresentar declínio cognitivo quando avaliado pelo *Mini Mental State Examination* (MMSE, Folstein, Folstein & Mchugh, 1975). Os participantes foram avaliados pela BriefCope. Para além da BriefCope os participantes ainda foram submetidos a uma bateria de testes de avaliação neuropsicológica para avaliação do desempenho dos participantes ao nível da flexibilidade, inibição, atualização e planificação; Teste de cartas de Wisconsin (*WCST, Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss, 1993*), Trail Making Test A e B (*Cavaco, Pinto, Gonçalves, Gomes, Pereira, & Malaquias, 2008; Cavaco, Gonçalves, Pinto, Almeida, Gomes, Moreira, Fernandes, & Teixeira-Pinto, 2013*) que permitem avaliar a flexibilidade cerebral; Teste de Stroop (*Castro, S. L., Cunha, L. S. & Martins, L. (2000)*) e Teste dos 5 Dígitos (*FDT, Sedó, 2007*) que permitem avaliar a inibição; Escala de Inteligência de Wechsler (WAIS-III, Ferreira, Machado & Rocha, 2003) Memória de dígitos, código de Símbolos, teste das Semelhanças, prova de Aritmética, pesquisa de Símbolos, Teste de Fluência Verbal (*Montiel, J. M., Cecato, J. F., Bartholomeu, D., & Martinelli, J. E. (2014)*) que permitem avaliar a atualização e Teste do Mapa do Zoo (*Andrade, L., Araujo, C., Moratori, P., Lima, C., Mattos, P., Franco, C., & Soares, A. (2004)*) e Teste da Procura da Chave (*Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., & Evans, J. (1996)*) que permitem avaliar a planificação.

Observou-se que as estratégias de *coping* apresentam correlações nas funções executivas nomeadamente ao nível da inibição, flexibilidade, atualização e planificação cognitiva. Pretendeu-se, assim, contribuir para o aprofundamento da compreensão da relação entre as estratégias de *coping* e as funções executivas em idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, funções executivas, estratégias de *coping*

Abstract

According to Pimentel (2005), being elderly, by itself, should not be a negative and worrying event. Humans, just because they grow older, they do not necessarily lose their capacities, and their knowledge can be precious in a changing society. Aging is a natural, universal and indispensable phenomenon (...), which occurs at different levels and changes from person to person (Pimentel, 2005).

The following work is characterized by being of a quantitative nature, in order to evaluate if the coping strategies influence the executive functions in the elderly. A sample of 90 institutionalized and non-institutionalized elderly (55 women and 35 men) took place, one of the participation requirements being not to present cognitive decline when evaluated by the Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein & Mchugh, 1975). The participants were evaluated by BriefCope. In addition to BriefCope, participants were also submitted to a great amount of neuropsychological assessment tests to assess participants' performance in terms of flexibility, inhibition, updating and planning; Winsconsin Card Sorting Test (WCST, Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss, 1993), Trail Making Test A and B (Cavaco, Pinto, Gonçalves, Almeida, Gomes, Moreira, Fernandes, & Teixeira-Pinto, 2013) that allow to evaluate cerebral flexibility; Stroop test (Castro, S. L., Cunha, L. S. & Martins, L. (2000)) and Five Digit Test (FDT, Sedó, 2007) that allow to evaluate the inhibition; Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III, Ferreira, Machado & Rocha, 2003) Digit memory, Symbol code, Similarity test, Arithmetic test, Symbols search, Verbal fluency test (Montiel, JM, Cecato, JF , Bartholomeu, D., & Martinelli, JE (2014)) that allow to evaluate update and Zoo Map Test (Andrade, L., Araujo, C., Moratori, P., Lima, C., Mattos, P. , Franco, C., & Soares, A. (2004)) and Key Search Test (Wilson, BA, Alderman, N., Burgess, PW, Emslie, H., & Evans, J. (1996)) which allows to assess the planning function..

It was observed that the coping strategies present correlations in the executive functions, namely at the level of inhibition, flexibility, update and cognitive planning. The aim was to contribute to a deeper understanding of the relationship between coping strategies and executive functions in the elderly.

Keywords: Aging, Executive Functions, Coping Strategies

Índice

Introdução	7
Capítulo 1 - Envelhecimento	10
1.1 Caracterização da população portuguesa em termos demográficos face ao seu envelhecimento	10
1.2 Portugal no contexto da União Europeia	10
1.3 Envelhecimento.....	10
Capítulo 2. Coping	17
2.1 Conceito de coping	17
2.2 Modelo de coping de Lazarus e Folkman.	17
2.3 Estratégias de coping	18
2.4 Coping e Envelhecimento	20
2.5 Coping e Funções Executivas	22
Capítulo 3. Funções Executivas	24
3.1 Cognição	24
3.2 Inteligência.....	26
3.3 Atenção e Perceção	27
3.4 Memória.....	29
O presente estudo	31
Capítulo 4. Método	33
4.1 Amostra.....	33
4.2 Instrumentos.....	34
4.2.1 Questionário Sociodemográfico.....	34
4.2.2 Mini - Mental State Examination – MMSE.....	34
4.2.3 Brief COPE	35
4.2.4 Testes de Stroop	35
4.2.5 Trail Making Test A e B	35
4.2.6 Escala de Inteligência de Wechsler.....	36
1- Memória de dígitos	36
2- Código de Símbolos.....	36
3- Teste das Semelhanças	36
4- Prova de Aritmética	36
5- Pesquisa de Símbolos	36
4.2.7 Teste de Fluência Verbal	37
4.2.8 Teste do Mapa do Zoo	37
4.2.9 Teste da Procura da Chave.....	37
4.2.10 Teste dos 5 Dígitos.....	37
4.2.11 Teste de cartas de Wisconsin	38
4.3 Procedimentos.....	38
Procedimento de recolha de dados.....	38
Procedimentos de análise de dados.....	38
Capítulo 5. Resultados	40
5.1 Análise da estrutura fatorial dos instrumentos.....	40
5.2 Relação entre estratégias de Coping e Inibição	44
5.3 Relação entre estratégias de Coping e flexibilidade cognitiva	46
5.4 Relação entre estratégias de Coping e Atualização Cognitiva.....	48
5.5 Relação entre estratégias de Coping e Planificação cognitiva.....	50
Capítulo 6. Discussão de Resultados	52
Referências Bibliográficas	55

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.....	33
Tabela 2. BriefCOPE: Saturações fatoriais e comunalidades (h^2) para a solução de oito fatores após rotação varimax.....	41
Tabela 3. Relação entre Estratégias de Coping e o desempenho da Inibição Cognitiva.	44
Tabela 4. Relação entre as Estratégias de Coping e a Flexibilidade Cognitiva.....	46
Tabela 5. Relação entre as Estratégias de Coping e a Atualização Cognitiva.....	48
Tabela 6. Relação entre as Estratégias de Coping e a Planificação Cognitiva.	50

Introdução

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Segundo Netto (2002), o processo de envelhecer começa desde o momento de conceção da vida e termina com o falecimento. Durante este processo pode-se observar as fases do desenvolvimento humano, que podem ser consideradas como aspetos fisiológicos do envelhecimento. No campo da Psicologia, o estudo do envelhecimento tem aumentado consideravelmente desde a década de 1960, quando as teorias do desenvolvimento que não consideravam a fase da velhice começaram a ser consideradas ultrapassadas (Paúl e Fonseca, 2005).

Coping define-se como “esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo, ou como estando nos limites dos recursos pessoais” (Pais Ribeiro, 2009).

No que diz respeito às tarefas de raciocínio os idosos apresentam uma maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica organizada de material abstrato ou não familiar. Nas tarefas que envolvem planear, executar e avaliar sequencias complexas de comportamento os idosos costumam revelar-se mais lentos, estes são mais lentos nos aspetos preceptivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras (Cancela, 2007).

O estudo realizado por Hildebrand, C., Taylor, M., & Bradway, C, (2014) revela que os idosos são afetados por deficiências cognitivas e funcionais e este problema está inteiramente relacionado ao bem-estar. Desta forma, os autores defendem que devemos estar sempre atentos a capacidade executiva para resolver problemas de forma a proporcionar bem-estar aos pacientes.

Deste modo, torna-se importante estudar cada vez mais a relação das estratégias de *coping* com as funções executivas de forma a poder proporcionar sempre a população idoso bem-estar.

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a influência das estratégias de *coping* no desempenho das Funções Executivas. É dividido em duas partes, estudo teórico e estudo empírico. A parte teórica esta dividida em três variáveis, o envelhecimento, onde será abordado a caracterização da população portuguesa, índice de envelhecimento em Portugal e na União Europeia, posteriormente é realizada uma revisão da literatura centrada no envelhecimento, as teorias subjacentes ao envelhecimento; a segunda variável funções executivas, onde são abordados temas como a cognição, atenção e perceção, inteligência e memória; posteriormente a terceira variável, *coping*, onde são

abordados os vários conceitos de *coping*, assim como o modelo de Lazarus e Folkman, a descrição das estratégias de *coping*, o *coping* e o envelhecimento e por fim *coping* e funções executivas, relacionando desta forma as três variáveis em estudo.

A segunda parte do estudo, a metodologia é composta pela amostra, onde é descrito os participantes do estudo, seguidamente é apresentado a descrição dos instrumentos utilizados para a recolha da amostra do presente estudo; posteriormente temos os processos de recolha e análise de dados, onde é descrito todo o processo envolvente na investigação, temos ainda a apresentação dos resultados, onde é apresentado a tabela da análise fatorial, assim como as tabelas referentes as correlações, sendo que a segunda parte termina com a discussão dos resultados, nesta parte é apresentado um resumo dos resultados do estudo comparado com investigações semelhantes na área, assim como as limitações e os contributos do estudo.

Estudo Teórico

Capítulo 1 - Envelhecimento

1.1 Caracterização da população portuguesa em termos demográficos face ao seu envelhecimento

O estudo do envelhecimento é uma das prioridades do século XXI. De acordo com o INE (Instituto Nacional de Estatística, 2016), entre 2010 e 2015 verificou-se em Portugal o decréscimo de 134 341 jovens (pessoas dos 0 aos 14 anos de idade) e de 261 452 pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento de 164 402 idosos (pessoas com 65 e mais anos de idade). Portugal mantém assim a tendência de envelhecimento demográfico, em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e do aumento da emigração. Em 2015, a população residente em Portugal distribuía-se da seguinte forma: 14,1% de jovens, 65,2% de pessoas em idade ativa e 20,7% de idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Entre 2010 e 2015 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal de 124 para 147 idosos por cada 100 jovens e um aumento da idade média de 42 para 44 anos. Estes valores podem aumentar para 307 idosos por cada 100 jovens e para 51 anos até 2060, de acordo com os resultados obtidos no cenário central do exercício mais recente de projeções de população residente (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

1.2 Portugal no contexto da União Europeia

A tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa e Portugal não é exceção, com um crescente aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens e de pessoas em idade ativa na população total (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Em relação à proporção de pessoas idosas, Itália apresentava a maior proporção (21,7%) enquanto a Irlanda detinha a menor proporção (13,0%). A proporção de idosos em Portugal era superior à da UE 28, sendo o 4º país com maior proporção de idosos, apenas ultrapassado pela Grécia, pela Alemanha e pela Itália (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

1.3 Envelhecimento

Com base nos dados apresentados anteriormente, percebemos que o estudo da população idosa por parte dos profissionais de psicologia se torna cada vez mais significativo. Para uma melhor compreensão de toda a perspetiva histórica do envelhecimento, torna-se relevante o contributo de

diversos autores de forma a aprofundar este fenómeno crescente na sociedade atual.

Com base na “História da velhice” de Minois (1987), segundo Paúl (2005, cit. in Sequeira, 2010), as preocupações sobre o envelhecimento remontam ao Antigo Testamento, existindo assim registos de que o envelhecimento já era um tema que causava preocupação muitos anos antes de cristo.

O tema do envelhecimento foi também debatido por grandes filósofos como Platão (427-347 a.C.), que considerava o envelhecimento como a continuidade dos jovens e adultos. Já Hipócrates (460-377 a.C.) foi o primeiro a desenvolver hipóteses médicas no que diz respeito as causas do envelhecimento. Este considerava o envelhecimento como um fenómeno natural, físico e irreversível, onde o sujeito está mais propenso à doença devido a diminuição da resistência. Galeno (131-201), explica o envelhecimento em conjunto com o processo de desidratação do corpo, uma vez que ocorria a desidratação do corpo, os ossos e os órgãos tornavam-se secos e débeis deixando de funcionar. No que diz respeito a Paracelso (1493-1541), este compara o envelhecimento á ferrugem, uma vez que considerava fulcral ter uma alimentação equilibrada de forma a aumentar o tempo de vida (Sequeira, 2010).

Estes foram os contributos mais relevantes sobre o envelhecimento que sobreviveram da antiguidade até ao renascimento.

Segundo Fontaine em 2000, quando falámos de envelhecimento direcionámo-nos para um estado que qualificámos como “terceira idade” ou mesmo “quarta idade”. O envelhecimento é parte integrante da vida humana, no entanto no século XIX, foi uma época em que grandes investigadores escreveram muito acerca do envelhecimento numa perspetiva negativa, contribuindo assim para o desenvolvimento de estereótipos negativos quanto a esta condição. Consecutivamente o idoso também foi e ainda é muitas vezes “infantilizado” pelas pessoas que os rodeiam, desde a rede familiar à formal, criando desta forma uma imagem negativa sobre si mesmo. O envelhecimento era assim encarado como um processo de decadência, deterioração ou desestruturação (Fontaine, 2000). A transmissão do saber deixou de ser feita oralmente, de geração em geração, retirando aos mais velhos o poder da sabedoria acumulada ao longo da vida. No entanto, o envelhecimento, não pode ser rotulado como estado, mas sim como um processo de degradação progressiva e diferencial. Esta afeta todos os seres vivos sendo o seu termo natural a morte do organismo, deste modo é impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico e social), a sua velocidade e a sua gravidade tomam contornos diferentes de individuo para individuo (Fontaine, 2000).

Segundo Netto (2002), o processo de envelhecer começa desde o momento de concepção da vida e termina com o falecimento. Durante este processo pode-se observar as fases do desenvolvimento humano, que podem ser consideradas como aspetos fisiológicos do envelhecimento.

De acordo com Pimentel (2005), ser idoso, só por si, não deveria ser um acontecimento negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque envelhecem não perdem necessariamente as suas capacidades e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação. O envelhecimento é um fenómeno natural, universal e imprescindível (...), que ocorre a diversos níveis e muda de pessoa para pessoa (Pimentel, 2005).

No campo da Psicologia, o estudo do envelhecimento tem aumentado consideravelmente desde a década de 1960, quando as teorias do desenvolvimento que não consideravam a fase da velhice começaram a ser consideradas ultrapassadas (Paúl e Fonseca, 2005).

Desta forma e com o intensificar das investigações surgiram teorias explicativas acerca do envelhecimento. A teoria ecológica, proposta por Birren (1995), que classifica o envelhecimento como o resultado da interação entre determinado património genético e o meio em que o sujeito está inserido

A teoria gerodinâmica, que tem por base a teoria geral dos sistemas, explica o processo de envelhecimento em que a dinâmica do envelhecer integra um processo que resulta de uma série de mudanças, que levam a uma maior desordem e a estruturas ordenadas de maior diferenciação (Schroots, 1995). Esta teoria integra ainda a teoria do caos e a teoria termodinâmica. Na teoria do caos, verifica-se um processo de aumento da entropia associado à idade e do qual resulta a ordem (otimização da autorregulação e independência) e a desordem (enfraquecimento de algumas capacidades e recursos). Proposta por Yates (1993), a teoria termodinâmica, defende que se verifica uma quebra de energia, determinada geneticamente e condicionada pelo ambiente. Consecutivamente o envelhecimento manifesta-se através do declínio funcional de um órgão, tecido ou da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica.

De acordo com as teorias do desenvolvimento explicam as mudanças relacionada com a idade numa perspetiva de ciclo de vida de acordo com as diferentes análises interdisciplinares. Conclui-se uma elevada inter-relação entre o funcionamento sensorial e o funcionamento cognitivo, os fatores biológicos são bons preditores do funcionamento intelectual.

Outro aspeto importante, são as capacidades e competências do idoso, uma vez que estão inteiramente ligadas com a sua dependência (Sequeira, 2010). Schaie & Willis (1999), afirmam que as competências para a vida diária dos idosos está relacionada com o padrão de funcionamento nas tarefas de rotina, de acordo com um modelo hierárquico de competências, onde o comportamento

significativo tem como base dimensões subjacentes aos processos cognitivos. Desta forma, existe três abordagens explicativas acerca das competências relacionadas com o quotidiano dos idosos.

A teoria dos componentes que refere a existência de diferentes dimensões latentes de competência, o meio ambiente desempenha um papel significativo ao nível da expressão e manutenção da competência (Sequeira, 2010). Segundo Labouvie-vief (1992), com o envelhecimento, a realidade torna-se mais pragmática concreta e subjetiva, sensível ao contexto interpessoal de acordo com a vivência de cada um, devido à prevalência de um tipo de raciocínio pós formal.

Segundo Salthouse (1990), a teoria do domínio específico refere que a competência é devida a automatização, à experiência anterior e à especialização, a resolução de problemas em idosos está relacionada com a familiaridade de determinado domínio.

De acordo com Kahana (1982) e Lawton (1982), a teoria da adequação ambiente/individuo, afirma que a competência está relacionada com a combinação entre capacidades do individuo, as exigências e recursos do meio. Desta forma, a discrepância entre a exigência do meio e a deterioração de capacidades do individuo surge a perda de competência (Paúl, 2005).

Zirmernam (2000) propôs a dois grupos de trabalho um de jovens estudantes entre 18 e 21 anos e outro constituído por mulheres entre os 51 e 83 anos de idade que definissem o idoso. O primeiro grupo descreve o idoso como uma pessoa chata, deprimida, cansada, doente e solitária enquanto que o segundo grupo caracteriza o idoso como alguém vivido, com bastante experiência, mais lento, com problemas de saúde, com bastante tempo, tranquilo e mais perto da morte. De acordo com Zirmernam (2000), a maior parte das características do idoso não são peculiaridades de uma faixa etária. Uma pessoa não passa a ter determinada personalidade só porque envelhece, esta apenas mantém ou acentua determinadas características que já possuía antes. Assim Zirmernam (2000), classifica o idoso como aquele que tem diversas idades, a idade do corpo, a sua história genética, a parte psicológica e a da sua ligação com a sociedade, sendo a pessoa que sempre foi. O idoso tem mais experiência, mais vivência, mais doenças crónicas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível. No entanto esta utiliza mais a sua experiência, a vivência adquirida ao longo do tempo, aprendendo assim a conviver com as suas doenças crónicas e próprias da idade, elabora perdas não esquecendo os ganhos, ultrapassa os preconceitos e aprende a utilizar o seu tempo (Zirmernam, 2000).

O envelhecimento acarreta alterações a nível físico, psicológico e social no idoso. Estas alterações são naturais, gradativas e gerais, podendo ocorrer em idades mais precoces ou avançadas, em maior ou menor grau dependendo assim das características genéticas de cada individuo e principalmente do estilo de vida de cada um (Zirmernam, 2000).

No que diz respeito às alterações físicas, ocorrem alterações externas como, as bochechas enrugam, a produção de células novas diminui provocando a perda de tônus na pele e consecutivamente esta torna-se flácida, podem surgir verrugas, diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras, encurvamento da postura devido a modificações na coluna vertebral; quanto às modificações internas estas caracterizam-se por os ossos endurecerem, os órgãos internos atrofiam reduzindo o funcionamento, o cérebro torna-se menos eficiente devido a perda de neurônios, o metabolismo fica mais lento, a digestão mais difícil, as insônias aumentam, a visão ao perto pior, o olfato e paladar diminuem e as células responsáveis pela propagação dos sons do ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se. Com o passar dos anos, o desgaste é inevitável. Sabemos que o envelhecimento não é uma doença, mas uma fase em que o ser humano fica mais suscetível a doenças. Assim, o segredo do bem-estar é aprender a conviver com estas limitações, aceitar e lutar para que estes problemas sejam diminuídos através da prática do exercício físico, exercícios de estimulação cognitiva, boa alimentação, bons hábitos, participação em grupos e outros cuidados (Zirmernam, 2000).

O envelhecimento acarreta uma modificação do *status* social e no relacionamento com as outras pessoas em função da crise de identidade que é provocada pela falta de um papel social, que levará a falta de autoestima, o idoso já não se vê como face integrante da sociedade como foi ao longo de toda a sua vida; pela mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade, sendo que com o aumento do tempo, este deverá se adequar a novos papéis; perdas diversas que vão desde a situação económica ao poder de decisão, a perda de parentes e amigos, da independência e autonomia; diminuição dos contactos sociais uma vez que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, distâncias, falta de tempo e circunstâncias financeiras e por fim a reforma, pois após a reforma ainda restam aos de vida, e os idosos devem estar preparados de forma a não ficarem isolados socialmente e deprimidos (Zirmernam, 2000).

Apesar das consequências físicas e sociais descritas anteriormente, o envelhecimento acarreta ainda mudanças do ponto de vista psicológico.

Estas mudanças psicológicas caracterizam-se pela dificuldade em se adaptar a novos papéis sociais; falta de motivação assim como dificuldade em planear o seu futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade em se adaptar a mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos no idoso; alterações psíquicas que exigem determinado comportamento; depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios; baixa autoestima e autoimagem (Zirmernam, 2000).

Assim como as características físicas do envelhecimento, as do ponto de vista psicológico também estão relacionadas com hereditariedade, a história e estilo de vida de cada indivíduo. As

peças que se caracterizam por ser mais otimistas e saudáveis têm mais condições de se adaptarem às transformações trazidas com o envelhecimento. Estas estão mais propensas a encarar o envelhecimento como um tempo de experiência, de maturidade e liberdade para assumir novas ocupações e até mesmo da libertação de certas responsabilidades Zirmernam, 2000).

Se a quarta idade traz consigo várias patologias e um decréscimo das competências de adaptação (Baltes & Smith, 1997), por outro lado, verifica-se que o suporte familiar é cada vez mais reduzido, devido ao crescente aumento de mulheres no mercado de trabalho e conseqüente indisponibilidade das famílias, para cuidarem das suas pessoas idosas, optando-se frequentemente pela institucionalização.

Segundo Slepój (2000) a “família baseia-se hoje mais na satisfação de desejos do que na assistência recíproca” (p.89); fatores como o envelhecimento da população e conseqüente aumento de pessoas idosas dependentes, o número reduzido de filhos, a integração das mulheres no mundo profissional e a focalização dos indivíduos no sucesso profissional, entre outros, levaram à desresponsabilização do papel da família como cuidadora primária, passando o “dever” dos filhos de prestarem assistência aos seus pais, para um novo grupo profissional, o do “cuidador formal” (Casado & López, 2001, cit. por Martínéz, 2005).

Os cuidados formais distinguem-se dos informais por estes serem prestados por familiares ou pessoas próximas, enquanto que os primeiros são disponibilizados por organizações (públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos) em lares, centros de dia ou em regime de apoio domiciliário. Considera-se que os cuidadores formais têm competências técnicas e/ou clínicas que os capacitam para um trabalho baseado na abordagem holística do envelhecimento (Hye-cheon, K., Bursac, K., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D. & West, D. (2009), 2009), requerendo-se destes profissionais competências multidisciplinares e aptidões práticas, que proporcionem saber reconhecer problemas cognitivos, sociais e familiares (Kaskie, Gregory & Gilder, 2009), assim como facultar cuidados de saúde, além de satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa.

Segundo autores como Vieira (2003) as instituições voltadas para o cuidado de pessoas idosas “têm uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade” (p. 23).

A institucionalização, uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, tem sido um tema muito focado pela literatura científica, dadas as mudanças havidas neste domínio, desde há algumas décadas e a necessidade de se conhecerem os fatores a ela associados, o seu impacto na vida das pessoas idosas, assim como a necessidade de se fomentar o conhecimento de práticas que promovam o bem-estar destas pessoas.

Embora a institucionalização seja geralmente rejeitada e temida pela maioria das pessoas idosas, existem famílias que por motivos financeiros ou emocionais, não têm capacidade de cuidar dos seus familiares; assim embora possa ser considerada negativa, a verdade é que a institucionalização frequentemente pode promover uma maior sensação de segurança (Pimentel, 2005), principalmente se resultar de perdas na autonomia, causadas por patologias físicas, perda de cônjuge, carências de apoio social, isolamento ou vivências habitacionais negativas (Pimentel, 2005).

Na sequência da institucionalização, algumas famílias mantêm um contacto regular com a pessoa idosa, por telefone ou através de visitas; outras, com maior frequência, abandonam-na ou excluem-na do meio familiar, o que potencia fortemente a sua solidão. Barroso e Tapadinhas (2006) verificaram uma predominância da solidão, em pessoas idosas em situação de institucionalização, em relação aos não institucionalizados, observando-se nalguns estudos uma diferença de 50% na depressão, no sentido de ser superior nas pessoas institucionalizadas (Rabins, P., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., & Cook, J, 1997; Rabins, P., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., & Cook, J., 1996).

O envelhecimento ativo tem como principais objetivos aumentar a qualidade de vida dos idosos, bem como aumentar a expectativa nos mesmos de uma vida saudável. Devido ao aumento da população idosa em Portugal foi necessário criar estratégias de sustentação social promotoras de um envelhecimento saudável contemplando a intervenção de vários setores da sociedade.

De acordo com a OMS. O envelhecimento ativo permite que as pessoas fiquem consciencializadas do seu potencial social, mental e físico, promovendo assim o bem-estar ao longo do ciclo vital. A conceção do envelhecimento ativo permite uma proteção adequada, segurança e cuidado ao idoso quando estes necessitam. Desta forma, o conceito de envelhecimento ativo assenta em três pilares essenciais, sendo estes a saúde, segurança e participação. Relativamente à saúde é preconizado que devem ser mantidos baixos os fatores de risco elevando assim os fatores de proteção que se traduz numa maior qualidade de vida. No que respeita à participação o propósito centra-se no apoio à participação integral nas mais diversas atividades (e.g. socioeconómicas, espirituais e culturais) permitindo que os idosos contribuam para a sociedade.

No que concerne ao pilar segurança esta requer uma intervenção mais política nomeadamente ao nível da segurança financeira social e física que se traduz na proteção, dignidade e assistência quando os idosos já não estão capazes (OMS, 2002).

Capítulo 2. Coping

2.1 Conceito de *coping*

A ideia de *coping* é antiga. Uma investigação de Walter Cannon em biologia conduziu à descrição da resposta do sistema nervoso simpático de “fight or flight” ou luta ou fuga em português perante situações percebidas como ameaçadoras à segurança física ou emocional. Percebeu que esta resposta estava associada ao stress como um modo de atuar que a generalidade dos organismos vivos utiliza para lidar com situações ameaçadoras. Qualquer animal que se encontre numa situação de ameaça tem duas alternativas de resposta para enfrentar a situação: luta ou fuga. Nos seres humanos as respostas são mais complexas. Em meados do século XX um médico Canadano Hans Selye definia o Síndrome Geral de Adaptação para designar um mecanismo biológico porque passavam os organismos até à fase de adaptação, quando se encontravam perante uma situação de stress (Pais Ribeiro, J., 2009).

Até aos anos 70, as investigações acerca do *coping* eram dominadas pela psicanálise, que concetualizava o *coping* como um mecanismo de defesa (Freud, 1933), ou seja, um processo inconsciente, pelo qual os indivíduos distorcem a realidade para gerir sentimentos angustiantes, particularmente ansiedade (Sommerfield & McCrae, 2000) lidando assim com as ameaças ou conflitos internos.

Assim, as definições do conceito de *coping* são várias, consoante as abordagens teóricas (Livneh & Martz, 2007). Segundo Pais Ribeiro (2009), tecnicamente *coping* define-se como “esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo, ou como estando nos limites dos recursos pessoais”. Contudo, a definição mais conhecida caracteriza o *coping* como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidarem com as exigências internas e externas das situações avaliadas como stressantes (Lazarus & Folkman, 1984).

2.2 Modelo de *coping* de Lazarus e Folkman.

O modelo transacional do *coping* de Lazarus e Folkman é dos modelos mais descritos na literatura. Neste o *coping* é definido como um processo ativo que resulta da avaliação que o indivíduo faz da relação entre si e o ambiente. Esta definição, implica que as estratégias de *coping* sejam ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Portanto, mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como a negação, transferência e a regressão, não podem ser

considerados como estratégias de *coping* (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998). Neste modelo denominado de Modelo de Processamento de Stress e *Coping*, o *coping* é considerado um processo de interação do indivíduo com o ambiente, cuja função é permitir a adaptação às situações indutoras de stress. O processo de *coping* consiste numa avaliação cognitiva da situação, que se divide em dois momentos. Inicialmente, a avaliação incide sobre qual o risco/ameaça que o fator de stress impõe (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998). A avaliação secundária é relativa aos recursos disponíveis para lidar com o problema. Após a avaliação inicia-se o processo de resposta, através da utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, divididas em duas categorias: *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções. De referir que esta teoria aborda o *coping* numa perspectiva situacional, colocando ênfase na situação em causa (Graziani & Swendsen, 2007). Este modelo caracteriza-se por quatro conceitos principais: são estes o (1) *coping* entendido como um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente; (2) a principal função é a de controlo da situação stressora; (3) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, o modo como o acontecimento é percebido, interpretado e cognitivamente representado; (4) o processo de *coping* define-se como uma mobilização de recursos, através do qual os indivíduos empreendem recursos cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as necessidades internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1984; 1980). Neste modelo teórico, as estratégias mais adequadas, são as mais eficazes, ou seja, as que reduzem o impacto do acontecimento stressor, para aquela pessoa, naquela situação, naquele momento. Este modelo assume que as estratégias escolhidas por cada pessoa dependem das suas características, da situação e do momento (Pais Ribeiro, J., 2009).

2.3 Estratégias de *coping*

No início do século XX Freud introduz o termo “mecanismos de defesa” para designar os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos de modo a proteger o ego. De uma forma mais atual, poderíamos designar estes conflitos ameaçadores como stress e os mecanismos de defesa são atualmente designados por “estilos de *coping*”. De início todos os mecanismos de defesa eram patológicos, embora posteriormente nesta vertente teórica, estes foram divididos em primários e secundários, em que uns eram mais patológicos e primitivos do que os outros. Esta evolução levou a que os mecanismos de defesa fossem considerados adaptativos ou não adaptativos (Pais Ribeiro, J., 2009).

Classicamente as estratégias de *coping* são divididas em dois grupos: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema engloba as estratégias de

resolução de problemas; enquanto o *coping* focado na emoção, centra-se na gestão das emoções resultantes da situação de stress, tendo como objetivo diminuir o impacto das emoções negativas (Folkman & Lazarus, 1980). A consequente evolução e ramificação destes conceitos levou a que em meados do século XX surgisse uma corrente com raízes na psicologia social e na psicologia cognitiva que falava em estratégias de *coping* que eram escolhidas conscientemente, e não eram consideradas quer como saudáveis quer como patológicas. Surge assim uma linha complementar que é mais útil para a psicologia que lida com os problemas que as pessoas têm na vida diária, e não com a doença mental (Pais Ribeiro, J., 2009).

Lazarus e Folkman identificaram oito formas de *coping*, três emocionais e cinco cognitivas. As pessoas utilizam todas as formas de *coping*, mas utilizam mais umas do que outras, como, auto controlo (p. ex. Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso), suporte social (Falei com alguém para saber mais sobre a situação), fuga evitamento (Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse), resolução planeada do problema (Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem), reavaliação positiva (Redescobri o que é importante na vida), assumir a responsabilidade (Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação), confrontação (Mantive a minha posição e lutei pelo que queria), distanciamento (Tentei esquecer tudo). Todos utilizamos estas estratégias, e, neste modelo teórico, as mais adequadas, são as mais eficazes, ou seja, as que reduzem o impacto dos stressores, para aquela pessoa, naquela situação, naquele momento. Este modelo assume que a estratégias escolhidas por cada pessoa dependem das suas características, da situação e do momento (Pais Ribeiro, J., 2009).

Pode-se observar outro exemplo das possíveis categorias de *coping* num levantamento realizado por Skinner (Skinner & Zimmer-Gemback, 2007), que sintetizaram as diversas estratégias de *coping* encontradas em 12 categorias: resolução de problemas, procura de informação, desespero, fuga, autoconfiança, procura de suporte, delegação, isolamento social, acomodação, negociação, submissão e oposição.

No que diz respeito à eficácia das diversas estratégias de *coping*, este não é um tema consensual, pois não são inerentemente boas ou más (Graziani & Swendsen, 2007; Lazarus & Folkman, 1984). Determinado estilo de *coping* é mais apropriado numa situação do que outra, por exemplo, estratégias de *coping* focadas na resolução de problemas são mais eficazes em acontecimentos que são controláveis, do que em situações incontroláveis. Por outro lado, situações que oferecem pouco controlo como por exemplo o luto, os estilos de *coping* centrados nas emoções surgem como os mais apropriados (Carr, 2004; Folkman & Moskowitz, 2004).

Desta forma, as estratégias de *coping* podem ser divididas em funcionais e disfuncionais. Por exemplo, ao nível do *coping* focado no problema destaca-se como estratégias funcionais: procura de

informação, procura de ajuda, elaborar planos de ação realistas, colocá-los em prática e manter uma visão otimista. Em contrapartida, não aceitar a responsabilidade na resolução do problema, elaboração de planos de ação irrealistas ou apresentar uma visão pessimista são estratégias disfuncionais (Carr, 2004).

No que diz respeito às estratégias adequadas do *coping* focado na emoção pode-se enumerar: manutenção de suporte social, humor e prática de exercício físico. No entanto estratégias como manter relações sociais destrutivas, negação contínua, uso de drogas e álcool, enquadram-se no *coping* focado nas emoções disfuncional (Carr, 2004).

As características psicológicas das pessoas são importantes no modo como enfrentam as situações. Dependem do modo como as pessoas acham como podem controlar as situações: p.ex.; o que acontece depende do que faço? (Locus de controlo interno) ou é fruto do acaso ou de forças exteriores aos indivíduos como a sorte, ou os deuses (locus externo); eu acredito que sou capaz de enfrentar a situação e se eu conseguir resolver a situação isso vale a pena? (autoeficácia); eu espero que as coisas vão correr bem no futuro e essas coisas valem a pena? (otimismo); eu sei como alcançar o que o meu futuro me oferece, e tenho energia para o fazer? (esperança); eu sou um bom companheiro, faço bem o meu trabalho, sou um bom amigo (autoconceito?); gosto de mim? Aprecio positivamente o modo como sou (autoestima); tenho amigos que me apoiam, a minha família dá-me apoio? Tenho amigos íntimos a quem posso recorrer em caso de aperto? (suporte social); tenho recebido da vida algo próximo do que eu desejava? (satisfação com a vida); sou uma pessoa feliz? (felicidade); há uma força superior que me guia? (espiritualidade, religião...). Todos estes aspetos influenciam o modo como enfrentamos as angústias e os desafios da vida, e o modo como nos sentimos em função disso (Pais Ribeiro, J., 2009).

2.4 Coping e Envelhecimento

O estudo do *coping* nos idosos é relevante por diversos motivos (Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006). Em primeiro lugar, porque a redução dos níveis de stress favorece a longevidade, a saúde e a qualidade de vida (Agin & Perkins, 2008) e em segundo porque a terceira idade vem acompanhada pelo surgimento de perdas e défices nas mais diversas áreas da vida (Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006; Rothermund & Brandtstadter, 2003), favorecendo a vivência de situações de stress.

São vários os autores a estudar o envelhecimento e o processo de declínio físico e cognitivo associados a ele. A evolução de doenças crônicas pode acarretar incapacidades físicas e/ou mentais, causando prejuízo nas atividades de vida diária (Guedes e Silveira, 2004; Ramos, 2003). No entanto, Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003) acrescentam que, as dificuldades com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos, a capacidade funcional também pode ser influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais.

Numa investigação qualitativa acerca do *coping* no cotidiano de idosos, verificou-se que os indivíduos com maior nível de independência funcional recorriam ao *coping* ativo, principalmente estratégias de resolução de problemas. Outra estratégia utilizada era o *coping* adaptativo, aceitando as ajudas disponíveis. Todavia, alguns idosos evidenciavam estratégias de *coping* passivo, relegando para as outras pessoas o controle das suas vidas, quer na tomada de decisões, quer na realização de tarefas diárias. Geralmente os idosos que reportavam o *coping* passivo eram sujeitos cuja saúde se tinha deteriorado bastante e necessitavam de ajuda nas atividades quotidianas. De referir que os idosos que recorriam ao *coping* adaptativo e passivo utilizavam mais as estratégias centradas nas emoções (Dunér & Nordstrom, 2005).

Segundo Baltes (1996), a dependência comportamental traz muito desconforto ao idoso, pois com esta dependência, o idoso acaba por se sentir incapaz o que leva a ser visto pela sociedade como não ativo. Tendo em conta esta situação, a perceção do indivíduo e a avaliação que ele faz dos eventos são fatores importantes para a adaptação e o confronto das situações (Bandura, 2004).

O Modelo da Seletividade, Otimização e Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990; citados por Ouwehand, Ridder & Bensing, 2007), descreve os processos de *coping* face às múltiplas alterações ao longo do *life-span* que possam ameaçar os objetivos pessoais e postula que o envelhecimento com sucesso não resulta da inexistência de perdas na terceira idade, mas da forma como os sujeitos lidam com essas perdas. Assim, estratégias como a otimização (reunião dos recursos necessários) e a compensação (estratégias que permitem compensar as perdas ocorridas) são particularmente importantes para o sucesso do envelhecimento (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2007).

Todavia, as perdas que se verificam ao longo do envelhecimento colocam muitas vezes em causa os recursos de *coping* necessários para a implementação destas estratégias (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2007; Rothermund & Brandtstadter, 2003). Verifica-se uma relação em forma de U invertido entre as estratégias compensatórias e a idade.

Até aos 70 anos ocorre um aumento do *coping* compensatório para lidar com as crescentes dificuldades. A partir desta idade inicia-se uma redução destas estratégias. Uma das razões é que as estratégias compensatórias já não são suficientes, como anteriormente, para compensarem os défices

sentidos. Outra razão é que a crescente perda de recursos de *coping* torna cada vez mais difícil implementar as estratégias compensatórias (Rothermund & Brandtstadter, 2003).

Na verdade, a partir dos 60 anos inicia-se um aumento gradual da percepção de défices e perdas, tornando-se mais evidentes a partir dos 80 anos. Assim, em idades mais avançadas (a partir dos 70 anos), os idosos recorrem mais ao *coping* de acomodação em detrimento do *coping* de *assimilação* (estratégias de compensação), ou seja, verifica-se um reajustamento (diminuição) das expectativas e objetivos dos sujeitos. Desta forma, os idosos conseguem manter a satisfação com as suas capacidades de performance (Rothermund & Brandtstadter, 2003).

Outra perspectiva, de cariz preventivo, defende a importância do *coping* proactivo no envelhecimento com sucesso. O *coping* pró-ativo prevê o desenvolvimento de esforços ativos na antecipação e prevenção de futuros fatores de stress, minimizando ou suprimindo os seus efeitos negativos (Bode, Ridder & Bensing, 2006; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2007; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008). Inclusive, existem programas de promoção do envelhecimento com sucesso através do *coping* pró-ativo (Bode, Ridder & Bensing, 2006).

2.5 *Coping* e Funções Executivas

Os efeitos do stress crónico no cérebro provocam prejuízos principalmente nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções executivas superiores, centrais para a adaptação ao *stress* (Compas, 2006). Esta adaptação depende dos processos autorregulatórios de resposta ao *stress*. A reatividade ao *stress* seria assim o resultado da ativação dos processos automáticos de resposta ao *stress* (sistema biológico de resposta ao *stress*) que seriam modulados pelos esforços cognitivos individuais de autorregulação (*coping*) e fatores ambientais (e.x. contexto, suporte social) (Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M.E. (2001). As funções executivas dependem primariamente das estruturas corticais frontais, particularmente do córtex pré-frontal (Funahashi, 2001; Tanji e Hoshi, 2008).

Através da neurociência cognitiva, é possível notar que a maioria destes processos pode estar relacionado com tarefas cognitivas específicas utilizadas em estudos neuro-funcionais, particularmente tarefas das funções executivas. Desta forma podemos associar que os processos de *coping* podem estar intimamente relacionados com as estruturas cerebrais envolvidas nos processos executivos. Esta hipótese é reforçada se consideramos o modelo psicobiológico do *coping* proposto Compas (2006).

Este modelo, tem por base três estratégias principais: (1) controle primário ou esforço para diretamente agir na fonte de *stress* ou nas emoções (resolução de problemas, expressão emocional, modulação emocional), (2) controle secundário ou esforço para se adaptar à fonte de *stress* (aceitação, reestruturação cognitiva, pensamento positivo), e (3) o esforço para escapar à fonte de *stress* ou de emoções negativas (evitação, negação, raciocínio emocional). O *coping* por controle primário e secundário estaria assim associado positivamente a medidas neuropsicológicas do controle inibitório, enquanto o evitamento seria relacionado com prejuízos nas funções inibitórias (Compas, 2006).

Capítulo 3. Funções Executivas

Como foi possível observar pelas estatísticas anteriormente demonstradas pelo Instituto Nacional de Estatística (2016), a população idosa em Portugal tem tido um aumento significativo, o que representa um desafio à competência dos profissionais no que diz respeito ao entendimento dos problemas específicos. As investigações com foco nas condições que permitem à população idosa uma melhor qualidade de vida e das variações cognitivas que a idade vem apresentando, reveste-se de grande importância científica e social.

Os estudos relativos ao desempenho intelectual mostram que as aptidões cognitivas atingem o seu ponto máximo de maturação pelos 30 anos. Continuam estáveis até à década dos 50 – 60 anos e, a partir desta idade começam a diminuir. O declínio acelera-se a partir dos 70 anos (Cancela, 2007).

De acordo com Spar e La Rue (1997) a capacidade de comunicar de forma eficaz através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta. No entanto, as pessoas idosas apresentam uma maior dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas, assim como recuperar e reproduzir rapidamente nomes ou termos específicos. O discurso tende a ser mais repetitivo.

No que diz respeito às tarefas de raciocínio os idosos apresentam uma maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica organizada de material abstrato ou não familiar. Nas tarefas que envolvem planear, executar e avaliar sequências complexas de comportamento os idosos costumam revelar-se mais lentos, estes são mais lentos nos aspetos preceptivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras (Cancela, 2007).

3.1 Cognição

No início do século XXI o estudo do envelhecimento ativo proporcionou não só uma visão mais completa do funcionamento cognitivo ao longo da vida, como também um novo panorama na prática e intervenções cognitivas (Fernández-Ballesteros, 2009). O termo cognição apresenta várias definições conforme o autor. Assim, para Abreu e Tamai (2006), a cognição é a capacidade do indivíduo em adquirir e usar informação, com o objetivo de conseguir adaptar-se às modificações do meio ambiente. Assim, mais do que simplesmente a aquisição de conhecimento e consequentemente, a nossa melhor adaptação ao meio, cognição refere-se à habilidade de aplicar o que foi aprendido a uma vasta variedade de situações. O processo de memória e atenção formam parte deste conceito, isto é, do conjunto de processos mentais que nos permitem elaborar a informação que recebemos do

meio e utiliza-la em resposta às nossas necessidades, contribuindo assim para a adaptação do indivíduo com o meio (Pousada y Fuente, 2007).

O termo cognição também pode ser definido como a capacidade de processar e agir sobre informação com atenção e julgamento. Quando os componentes funcionais da cognição (atenção, memória, orientação, julgamento, raciocínio, função executiva e resolução de problemas) estão intatos refletem as funções altamente integradas de diversas partes dos hemisférios cerebrais (Gatens & Musto, 2011).

Nem sempre estes componentes se encontram imaculados, nomeadamente com o decorrer do envelhecimento. Estas alterações merecem a maior atenção por parte de todos os profissionais que lidam direta ou indiretamente com esta população, devido à sua importância para a autonomia e para a qualidade de vida da população idosa (Yassuda & Abreu, 2006). Segundo Papalia e Olds (2000), uma complicação do Sistema Nervoso Central pode afetar a coordenação física assim como a cognição. Contudo, nem todas as mudanças no cérebro são destrutivas, dado que dendrites adicionais, ou seja, ramos neuronais podem desenvolver-se na terceira-idade. Este “reflorescimento” pode compensar perdas de neurónios, aumentando o número de sinapses, sugerindo que durante a maior parte da vida o cérebro tem capacidade de regeneração.

Tendo em conta a grande variabilidade no que diz respeito à idade em que começa o declínio cognitivo, serão analisados alguns estudos longitudinais relativamente a esta dimensão. De acordo com o Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 1996) e o estudo BASE (Baltes & Mayer, 1999), Baltes e Smith (2003) consideram que, de acordo com as capacidades cognitivas, os indivíduos que à data do estudo apresentavam-se com 70 anos de idade, do ponto de vista das capacidades cognitivas eram iguais às que tinham 65 anos há 30 anos atrás, sugerindo assim um incremento das reservas cognitivas ao nível do pensamento entre idosos. Para estes autores as razões deste acontecimento residem no conjunto de forças da natureza cultural: como condições materiais favoráveis, melhor saúde, instrumentos de literatura disponíveis e sistemas educacionais ao longo da vida, entre outros. O que permitiu que estes idosos se desenvolvessem não só a nível físico como intelectual. Salthouse (1989) defende que o declínio de aspetos processuais ou cognitivos relacionados com a idade se deve à diminuição da eficiência de velocidade de processamento da informação ao nível do Sistema Nervoso Central, concomitante com o envelhecimento, refletindo assim um abrandamento cognitivo responsável pelos défices cognitivos do envelhecimento. Nesta vertente, Hertzog (1989) fez uma avaliação da cognição dos idosos com base em testes de velocidade percetiva e concluiu que associado ao envelhecimento parece haver de fato uma diminuição nas capacidades de resposta, mais em termos de velocidade do que em termos de conteúdos: os idosos continuam capazes, demoram é mais tempo a resolver as tarefas.

Segundo Yassuda & Abreu (2006), a funcionalidade cognitiva de idosos está relacionada com a saúde e qualidade de vida, sendo considerada um índice importante de envelhecimento ativo e de longevidade (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2006).

Schaie (1996) num estudo longitudinal da população geral com mais de 60 anos, constatou que o declínio desencadeado pelo envelhecimento incidiu especialmente nas tarefas que exigiam rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo.

3.2 Inteligência

A inteligência pode por vezes ser vista de uma perspectiva bifatorial, ou seja, pode distinguir-se dois tipos: A inteligência fluida que está relacionada com aspetos biológicos, incluindo capacidades como a adaptação, agilidade mental, capacidade de combinação, e reflete a nossa capacidade instantânea de raciocínio independente da experiência; a inteligência cristalizada é formada por atitudes, informação geral, raciocínio construtivo, conhecimentos gerais. É importante salientar o fato que a inteligência cristalizada não declina com a idade (Molina & Tarrés, 2004).

Segundo Belsky, (2001) a inteligência fluida identifica-se com a capacidade cognitiva geral inata ligada ao funcionamento fisiológico e neurológico. Surge aquando da resolução de tarefas abstratas e pouco vinculadas com vivências anteriores. À medida que o tempo passa as estruturas nervosas vão-se deteriorando, observa-se assim um declínio ao nível do funcionamento da inteligência fluida. Por outro lado, a inteligência cristalizada identifica-se com os conhecimentos e habilidades que são adquiridos ao longo da vida, ou seja com a experiência, com a educação recebida e os conhecimentos ligados à cultura. Depende da experiência acumulada e não se deteriora com o passar do tempo, mas pode ser melhorada (Hernandes & Martínez, 2005).

Baltes (1993, 1997) citado por Neri (2006) procurou medir duas dimensões de inteligência: inteligência mecânica versus pragmática. Desta forma, a inteligência “mecânica” é ligada a estruturas biológicas, sendo estas as condições neurofisiológicas do cérebro e as condições ontogenéticas graduadas por idade, reflete as propriedades organizadoras do sistema nervoso central e é consolidada pela velocidade, pela precisão e pela coordenação das operações elementares de processamento da informação: recessão dos estímulos, memória sensorial e motora, discriminação, categorização, atenção seletiva e capacidade de raciocínio. As capacidades que estão dependentes da mecânica cognitiva, como o raciocínio, memória, orientação espacial e a velocidade perceptual tendem a declinar lentamente na idade adulta e mais rapidamente na velhice.

A inteligência pragmática está intrinsecamente ligada aos conhecimentos e experiência acumulada ao longo dos anos e mantém-se estável até aos 60 ou 70 anos, o seu declínio pode ser mínimo a partir dessa idade. Este tipo de inteligência é exemplificado pelas habilidades de leitura e escrita, pelas qualificações educacionais e profissionais, pela capacidade de resolver problemas na vida quotidiana, pelo conhecimento do *self*, pelo planeamento da vida, e pelo conhecimento de questões existenciais. Está relacionada com a inteligência cristalizada. Os adultos mais velhos tendem a aperfeiçoar o uso “pragmático” de informações e conhecimento prático que armazenaram com a educação, o trabalho e a experiência de vida. Através do modelo de seleção, otimização e compensação, os idosos podem usar estas vantagens pragmáticas para compensar o enfraquecimento das habilidades mecânicas.

Este processo demanda que a velhice bem-sucedida raseenta na prossecução de duas finalidades. A procura de um elevado nível de funcionamento; o afastamento de comportamentos de risco. Este modelo convencionada que a velhice bem-sucedida é a coordenação dinâmica entre três processos, anteriormente mencionados, que são a seleção, a otimização e a compensação.

3.3 Atenção e Perceção

A atenção é um processo que compreende uma capacidade cognitiva multidimensional, sendo pré-requisito para a memória, para novas aprendizagens e também para outros aspetos da cognição. Desta forma Souza & Chaves (2005), define a atenção como um mecanismo cerebral cognitivo que possibilita ao indivíduo processar informações, pensamentos ou ações relevantes, enquanto ignora outros irrelevantes ou dispersivos. A atenção é o primeiro momento do processo de memorização, no qual os sentidos entram em ação, captando assim os detalhes daquilo que o indivíduo presta atenção, enviando-os ao cérebro.

É importante diferenciar o processo de alerta da atenção. Assim podemos caracterizar o processo de alerta como um estado mais básico da ativação que faz com que o indivíduo acordado responda a qualquer estímulo percebido, enquanto que o processo de atenção é a capacidade para perceber alguns estímulos específicos, inibindo outros externos ou internos que ocorrem simultaneamente.

As pessoas idosas mantêm a capacidade em orientar e manter a atenção sobre determinado tópico ou acontecimento. No entanto, apresentam dificuldades em filtrar informação o que ocasiona, em repartir a atenção por várias tarefas ou desviarem a atenção de um para outro aspeto.

Segundo Yassuda & Abreu (2006), estudos mostram que a atenção é uma capacidade sensível ao processo de envelhecimento. Os idosos tornam-se menos eficientes no sistema de procura

apresentando assim uma maior dificuldade em inibir estímulos irrelevantes e em tarefas de atenção dividida, apresentando maior prejuízo no seu desempenho quando uma segunda tarefa é adicionada. Como a atenção está intimamente associada ao funcionamento do lobo frontal, supõe-se que as alterações neurobiológicas nessa região sejam responsáveis por défices como os referidos anteriormente.

Vários instrumentos são utilizados para preservar as capacidades de atenção como é o caso do teste de Stroop utilizado neste trabalho.

De acordo com Garcia em 2009, a percepção e atenção apresentam défices relacionados com a idade que afetam a execução dos indivíduos mais idosos, nomeadamente ao nível do tempo requerido para processar o estímulo; do grau de vigilância (atenção mantida) que o indivíduo é capaz de manter quando tem de realizar uma tarefa.

A percepção é o ato pelo qual “o homem toma conhecimento da realidade, não se limitando à atividade sensorial, mas sim completando-a e criticando-a globalmente, pelo conjunto da experiência adquirida” (Guedes, 2004). O processo da percepção é complexo e ativo e, por isso, “não é realizado na totalidade por uma única estrutura cerebral, mas sim por uma complexa constelação de estruturas divididas em grande número de componentes participantes na excitação e inibição de códigos devidamente registados, atingidos pelos impulsos originados pelo estímulo percebido” (Yassuda & Abreu, 2006). Assim as capacidades perceptivas não estão na capacidade sensorial por si mesma, mas na habilidade do indivíduo em interpretar a sensação exata e, dessa forma, responder adequadamente (Yassuda & Abreu, 2006).

As funções executivas são processos cognitivos que ajudam a manter um arranjo mental apropriado para a execução de um objetivo futuro, fazendo trabalhar assim uma série de componentes como a atenção, programação, planeamento de sequências, inibição de processos de informações concorrentes e monitorização (Alvarez, 2004). As funções executivas atuam como intermediárias da flexibilidade cognitiva, permitindo desta forma o desempenho em provas de alternância, tais como ativar, manter e manipular informações relevantes à tarefa e inibir informações irrelevantes. Alguns estudos mostram que o desempenho executivo ao longo do processo de desenvolvimento humano segue o traçado de uma curva em “U” invertida, ou seja, os mais velhos tendem a mostrar pior desempenho em tarefas cognitivas que exigem velocidade de processamento, (Castro, 2004) controle inibitório, (Debert, 1999) e coordenação entre tarefas.

3.4 Memória

No envelhecimento, os *deficits* nas tarefas neuropsicológicas da memória episódica e do controlo executivo ocorrem principalmente devido à diminuição no processamento da informação, nos processos de atenção, nos processos inibitórios e na flexibilidade cognitiva (Green, 2000).

Quando nos referimos ao termo memória, temos tendência a referir um sistema que permite ao organismo obter e representar informação, mantê-la durante períodos variáveis de tempo, recupera-la e usá-la de maneira adequada no momento oportuno (Hernandis & Martínez, 2005).

De acordo com Levine, Stuss, Winocur, Binns, Fahi, Mandic, Bridges & Robertson, (2007) a perda da memória é, provavelmente, a característica mais evidente do declínio cognitivo associado ao envelhecimento normal sendo inclusive uma das queixas mais comuns nesta população, afetando assim o bem-estar psicológico e a qualidade de vida do idoso. A memória é um construto multidimensional caracterizado por diversos tipos de memória que são afetados de maneiras diferentes pelo envelhecimento. Os problemas relacionados com a memória provocam nos idosos sentimentos de perda atribuídos frequentemente à idade. Este tipo de sentimentos pode provocar um resultado pior na execução de tarefas relacionados com a memória, o que pode produzir um ciclo vicioso nem sempre fácil de romper (Molina & Tarrés, 2004).

Irigaray em 2009, define o conceito de evocação, também conhecido como recordação, lembrança ou recuperação como o indivíduo só se lembra aquilo que retém, aquilo que é aprendido. Desta forma, ele não pode fazer o que não sabe como fazer, isto é, nada que não esteja na sua memória.

Segundo Levine, Stuss, Winocur, Binns, Fahi, Mandic, Bridges & Robertson, (2007), podemos definir vários tipos de memória. A memória a curto prazo: conserva as informações a curto prazo, durante o espaço de tempo que estas levam a ser vocalizadas; a memória sensorial, regista os estímulos do exterior durante meras frações de segundos. Esta tem por objetivo alargar a duração dos estímulos breves para que possam ser completados os processos perceptivos; remete assim a processos que nós chamamos de percepção e memória. Consequentemente, a informação registada na memória sensorial é “enviada” para a memória de trabalho ou memória operativa que é compreendida como um sistema com capacidade limitada que possibilita processar e manter temporalmente a informação que é precisa em cada momento. A sua função é a de manipular de forma ativa a informação recebida assim como armazenar informação, a memória a longo prazo: onde se encontra o conhecimento do mundo e do nosso passado. A informação da memória a longo prazo permanece maior parte do tempo “desativada” até que é “ativada” por requerimentos de uma tarefa ou uma dada situação. A memória a longo prazo é constituída por dois grandes subsistemas: a

memória declarativa e a memória não declarativa; a memória declarativa: é um sistema em que todo o seu conteúdo é inspecionado conscientemente e facilmente transitável aos termos linguísticos, está dividida em memória episódica e semântica; a memória episódica: são recordações de episódios concretos que tenhamos experienciado ao longo da vida (exemplo: recordação de férias); a memória semântica: consiste na representação dos significados de palavras e conceitos de várias situações em geral (exemplo: Onde se situa o Porto?); a memória não declarativa: ao contrário da memória declarativa, neste sistema o conteúdo não é inspecionado conscientemente e a sua representação encontra-se muito afastada da linguística tem em conta as habilidades motoras, como andar de bicicleta ou apertar os sapatos.

De acordo com Hernandis & Martínez, 2005, a memória é uma faculdade que nos permite recordar informações passadas. Por isso, tem que ser vista como um sistema multidimensional sempre em interação com os processos perceptivos como a compreensão e expressão verbal, o desenvolvimento de habilidades, os processos de atenção e em geral com conjunto de processos cognitivos. Embora, com o passar dos anos, a capacidade para recordar tende a sofrer uma deterioração, é importante referir que nem todos os tipos de memória seguem a mesma pauta de evolução.

Molina & Tarrés (2004), reconhecem dois tipos de memória: a memória primária, considerada o centro da atenção consciente, vista como um armazém transitório de informação com capacidade limitada; por outro lado a memória secundária consiste num armazém de informação permanente, com uma capacidade ilimitada, e a que se transfere a informação procedente da memória primária. No norte da Suécia foi realizado um estudo longitudinal sobre a memória. Este estudo utilizou o modelo de curva e crescimento, apresentando nos resultados um declive limitado mas importante na memória semântica. O grupo estudado consistiu numa amostra aleatória de uma população com idades compreendidas entre os 60 e 80 anos. Concluiu-se assim que existem menos mudanças no rendimento da memória semântica que na memória episódica (Lövdén, Rönnlund, Wahlin, Bäckman, Nyberg & Nilsson, 2004, citados por Fernández-Ballesteros, 2009).

A otimização da memória está relacionada à autonomia, independência e à saúde do idoso (Ramos, 2003, citado por Yassuda, Batistoni, Fortes & Neri, 2006).

O presente estudo

Dada a revisão da literatura, a questão de investigação deste estudo é: “Que relação existe entre as estratégias de *coping* e o desempenho das Funções Executivas em idosos?”.

Sendo assim, esta dissertação de mestrado tem como Objetivo Geral (OG) avaliar a relação das estratégias de *coping* com o desempenho das Funções Executivas numa amostra de idosos. Como objetivos específicos, o presente trabalho pretende: 1) avaliar a relação entre as estratégias de *coping* e a inibição cognitiva em idosos; 2) avaliar a relação entre as estratégias de *coping* e a flexibilidade cognitiva em idosos, 3) avaliar a relação entre as estratégias de *coping* e a atualização cognitiva; 4) avaliar a relação entre as estratégias de *coping* e a planificação cognitiva em idosos. Metodologicamente, este estudo considera uma variável independente (*Coping*) e quatro variáveis dependentes (Flexibilidade, planificação, atualização e inibição).

Com base nos objetivos anteriormente apresentados formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 0: As estratégias de *Coping* não influenciam o desempenho nas Funções Executivas.

Hipótese 1: As estratégias de *Coping* influenciam o desempenho das Funções Executivas. Mais concretamente, H1a: As estratégias de *Coping* influenciam a inibição cognitiva; H1b: As estratégias de *Coping* influenciam a flexibilidade cognitiva; H1c: As estratégias de *Coping* influenciam a atualização cognitiva; H1d: As estratégias de *Coping* influenciam a planificação cognitiva.

Estudo Empírico

Capítulo 4. Método

4.1 Amostra

De forma a concretizar os objetivos e hipóteses apresentados anteriormente, procedeu-se a uma investigação de tipo empírico. A amostra deste estudo é constituída por 90 idosos (55 (61.1%) do sexo masculino e 35 (38.9) do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 65 e 95 anos ($M=78.98$) e $DP= 7.64$. A amostra foi selecionada por o método não probabilístico, mais concretamente um processo de amostra por conveniência e que ia de acordo com os seguintes critérios de inclusão: *i*) ter pelo menos 65 anos de idade, *ii*) saber ler e escrever, *iii*) não ter problemas auditivos ou visuais acentuados, *iv*) não apresentar doenças neurológicas diagnosticadas, *v*) não apresentar défice cognitivo avaliado pelo MMSE. Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra recolhida.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Idade	M	DP
	78.98	7.642
Género	N	%
Masculino	35	38.9
Feminino	55	61.1
Habilitações Literárias	N	%
Sabe ler e escrever	2	2.2
Primários (anos de estudo 4)	61	67.8
Médios (9)	11	12.2
Secundários (12)	5	5.6
Superiores (+12)	11	12.2
Estado Civil	N	%
Solteiro	11	12.2
Casado	35	38.9
Divorciado	7	7.8
Viúvo	37	41.1

Residência	N	%
Sozinho	12	13.3
Em casal	24	26.7
Em instituição	41	45.6
Com família alargada	13	14.4

4.2 Instrumentos

4.2.1 Questionário Sociodemográfico – O questionário é constituído por questões sociodemográficas a assinalar. Através do questionário podemos recolher algumas informações acerca do participante como o histórico de saúde, hobbies, idade, estado civil, sexo, profissão, com quem habita.

4.2.2 Mini - Mental State Examination – MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) - O MMSE é um teste de despiste do défice cognitivo, de administração e cotação simples e rápidas. Avalia sumariamente a capacidade cognitiva em cinco áreas: (1) Orientação (temporal e espacial); (2) Atenção/Concentração e Cálculo; (3) Linguagem; (4) Habilidade Construtiva e (5) Memória (retenção e evocação). A administração do teste dura cerca de 15 minutos e está completamente descrita na folha de anotação e cotação, devendo o administrador seguir essas instruções. A cotação do MMSE consiste na atribuição de 1 ponto por cada resposta correta e 0 pontos por cada resposta incorreta ou item não respondido.

A interpretação do MMSE é feita de acordo com o resultado final obtido e o nível de escolaridade do idoso que respondeu. Segundo Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia (2008), deve-se considerar como sofrendo de défice cognitivo, os indivíduos com pontuação igual ou inferior a 22, caso estas apresentem 1 a 11 anos de escolaridade. No caso de estarmos perante analfabetos, o défice é avaliado com uma pontuação igual ou inferior a 15 e, se estamos perante pessoas com mais de 11 anos de escolaridade, será uma pontuação igual ou inferior a 27. Este teste foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1993), tendo sido mais recentemente apresentados novos pontos de corte (Guerreiro, Fonseca, Barreto, Garcia, 2007).

4.2.3 Brief COPE (Pais Ribeiro, 2009) – Este instrumento de investigação tem como objetivo avaliar estilos e estratégias de *coping* tendo como população alvo os adultos em geral. A escala de Caver (1997) inclui 28 itens distribuídos por 14 subescalas: 1- *Coping* ativo, 2- Planear, 3- utilizar Suporte Instrumental, 4- Utilizar suporte social emocional, 5- Religião, 6- Reinterpretação positiva, 7- Auto culpabilização, 8- Aceitação, 9- Expressão de sentimentos, 10- Negação, 11- Auto distração, 12- Desinvestimento corporal, 13- Uso de substâncias, 14- Humor. As estratégias de *coping* a analisar são resultado da soma de 28 itens que compõem o questionário de Brief COPE. O valor de cada estratégia é dado pela soma dos resultados obtidos em cada item. Assim, dado que cada item é ordenado de 0 a 3, onde 0 indica não utilização e 3 indica a frequente utilização da estratégia, o valor da dimensão varia de 0 a 6, onde um valor mais elevado indica uma maior utilização. Este instrumento foi validado para a população portuguesa com uma consistência interna que segue padrões idênticos à versão original, com a maior parte das escalas a apresentar uma consistência interna superior de .60 (Carver, 1997; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004; Pais Ribeiro et al., 2007).

4.2.4 Testes de Stroop (Castro, Cunha, & Martins, 2000) – É um instrumento de investigação que de acordo com Kawashima (2005), permite testar as funções do córtex pré-frontal em geral, em ambos os hemisférios, bem como a capacidade de atenção. Este exercício consiste num quadro de palavras que nem sempre estão impressas na mesma cor que a palavra designa. O objetivo é dizer em voz alta a cor em que a palavra está impressa, o mais depressa possível.

4.2.5 Trail Making Test A e B (Cavaco, Pinto, Gonçalves, Gomes, Pereira, & Malaquias, 2008; Cavaco, Gonçalves, Pinto, Almeida, Gomes, Moreira, Fernandes, & Teixeira-Pinto, 2013) - O Trail Making Test A e B (TMT A e B; Reitan, 1979; é um teste de rastreio visual, sequenciação e capacidade grafo-motora, permitindo ainda obter uma medida de atenção, velocidade e flexibilidade mental. O TMT A centra-se na avaliação da atenção visual sustentada enquanto o TMT B avalia o funcionamento executivo. Na parte A o sujeito tem de ligar, através de linhas, de forma consecutiva e por ordem crescente, 25 números distribuídos aleatoriamente numa folha. Na parte B a tarefa é semelhante à anterior, mas a ligação dos itens é feita entre números (1 a 13) e letras (A a M), de forma alternada. Relativamente à cotação, este teste compreende quatro medidas diretas, sendo elas o tempo de execução da parte A e parte B e o número de erros cometidos na parte A e na parte B. Baixos resultados brutos e elevados resultados ajustados correspondem a um melhor desempenho na tarefa.

4.2.6 Escala de Inteligência de Wechsler (WAIS-III)

1- **Memória de dígitos** - A prova Memória de Dígitos é um subteste de realização da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III; Wechsler, 1997/2008). Este subteste é constituído por duas tarefas que podem ser administradas de forma independente: dígitos em sentido direto e dígitos em sentido inverso. Em ambas as tarefas, o examinador lê em voz alta uma série de números. Na parte relativa à memória de dígitos em sentido direto, o sujeito deverá repetir cada sequência lida pelo examinador, pela mesma ordem em que lhe foi apresentada. Na parte referente à memória de dígitos em sentido inverso, o sujeito deverá repetir a sequência pela ordem inversa.

2- **Código de Símbolos** – O Código de Símbolos, é um subteste de realização da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III; Wechsler, 1997/2008). A tarefa do sujeito consiste em copiar (na folha de respostas) os símbolos que estão associados a números. Recorrendo à chave que se encontra no topo da folha, o sujeito deverá desenhar por baixo de cada número o símbolo correspondente. A pontuação do sujeito é igual ao número de símbolos corretamente reproduzidos no tempo limite de 120 segundos.

3- **Teste das Semelhanças** – O Teste das Semelhanças é um subteste de realização da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III; Wechsler, 1997/2008). Neste teste, cada item é constituído por duas palavras, que representam objetos ou conceitos comuns. A tarefa do sujeito consiste em determinar que semelhanças existem entre esses objetos ou conceitos. Os itens são apresentados e respondidos oralmente. Neste teste o examinador possui um caderno de respostas onde aponta as respostas.

4- **Prova de Aritmética** – A Prova de Aritmética, é um subteste de realização da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III; Wechsler, 1997/2008). Neste subteste, o sujeito deverá resolver mentalmente uma série de problemas aritméticos e dar a resposta oralmente dentro do tempo limite. Não é permitido ao sujeito recorrer a papel e lápis para resolver os problemas.

5- **Pesquisa de Símbolos** - A Pesquisa de Símbolos, é um subteste de realização da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – III (WAIS-III; Wechsler, 1997/2008). Em cada um dos itens, o sujeito deverá observar dois grupos de símbolos – um grupo alvo (com dois símbolos) e um grupo de pesquisa (com cinco símbolos) e decidir se algum dos dois símbolos que faz parte do grupo alvo está presente no grupo de pesquisa. O sujeito terá um tempo limite de 120 segundos para responder ao maior número possível de itens.

4.2.7 Teste de Fluência Verbal (Montiel, Cecato, Bartholomeu, & Martinelli, 2014) - O teste de fluência verbal, de categoria semântica e fonética, solicita ao respondente que fale o maior número de palavras (dentro de cada categoria exigida). Neste teste, pontuam-se as respostas, mas não se consideram as repetições (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003; Montiel, 2005; Montiel & Seabra, 2007). Trata-se de um teste bastante prático e de grande aplicabilidade, com pontuação e administração simples. O teste da fluência verbal avalia vários domínios, como a memória operacional, linguagem, capacidade de organização e sequenciação.

4.2.8 Teste do Mapa do Zoo (Andrade, Araujo, Moratori, Lima, Mattos, Franco, & Soares, 2004) – O Teste do Mapa do Zoo, dá-nos informação acerca da integridade das competências de planeamento. Este subteste é constituído por dois ensaios nos quais o sujeito tem de elaborar uma rota para visitar uma série de locais assinalados num mapa de um jardim zoológico. No primeiro ensaio, mais exigente, a estrutura fornecida ao participante é reduzida. No segundo ensaio a exigência é menor, sendo apenas requerido que o sujeito siga instruções específicas para traçar uma rota sem erros. A comparação das duas condições permite avaliar a capacidade de planeamento em situações com diferentes níveis de estrutura.

4.2.9 Teste da Procura da Chave (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie, & Evans, 1996) – O Teste da Procura da Chave, é um subteste do Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS). Trata-se de um teste de conceção de estratégias de ação em que, de forma análoga a um qualquer problema comum, os examinados são convidados a demonstrar como procurariam um objeto perdido num campo, avaliando-se sua estratégia de ação de acordo com a funcionalidade e probabilidade de sucesso.

4.2.10 Teste dos 5 Dígitos (FDT; Sedó, 2007) - Este teste foi desenvolvido por Sedó (2007), com o objetivo de avaliar a velocidade de processamento, a inibição cognitiva e o funcionamento da atenção de indivíduos em diferentes condições clínicas. É um teste que se baseia em conhecimentos linguísticos mínimos: a leitura dos dígitos de 1 a 5, a contagem de quantidade de 1 a 5, a capacidade de ignorar uma rotina de processamento automático em estímulos incongruentes e a capacidade de alternar dinamicamente entre processos de leitura e contagem. Segundo o estudo Oliveira, et. al., (2014), este teste apresenta boa consistência interna, com o coeficiente final de 0.883.

4.2.11 Teste de cartas de Wisconsin (WCST, Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss, 1993)) – O *Wisconsin Card Sorting Test* é um instrumento de avaliação que nos permite avaliar tanto a flexibilidade cognitiva como a capacidade do sujeito desenvolver estratégias de resolução de problemas. Foi desenvolvido para a população em geral e passou assim a ser utilizado como um instrumento de avaliação neuropsicológica. Este instrumento é constituído por quatro cartas-estímulo e 128 cartas-resposta, que contêm figuras de variadas formas, cores e números (Trentini, Argimon, Oliveira & Werlang, 2010). Segundo o estudo de Kongs, Thompson, Iverson e Heaton (2000), este teste apresenta bons índices de fidedignidade e validade.

4.3 Procedimentos

Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada a idosos institucionalizados e não institucionalizados. Numa primeira fase foi apresentado aos participantes o consentimento informado (onde era garantido aos participantes o seu anonimato e confidencialidade dos dados) que os colocava a par da investigação. Todos os participantes foram avaliados pelo *Mini Mental State Examination* de forma a garantir o cumprimento de um dos primeiros critérios de inclusão no estudo (não apresentar défice cognitivo). Após esta primeira fase, procedeu-se com a aplicação do restante protocolo a todos os participantes que correspondiam aos critérios de inclusão anteriormente apresentados.

O protocolo foi composto por um questionário sociodemográfico e catorze instrumentos que foram descritos anteriormente. Devido à extensão do protocolo este foi aplicado em duas sessões.

Os participantes realizaram esta bateria de instrumentos sempre em locais que permitissem a sua privacidade como na sua própria casa, permitindo assim um ambiente familiar e descontraído para a realização das provas sem qualquer interferência.

Procedimentos de análise de dados

Dada como finalizada a recolha, procedeu-se à construção da base de dados e posterior análise. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados através do *Statistical Package For the Social Sciences* (SPSS).

Todo este estudo regeu-se pela garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados recolhidos através da bateria de instrumentos descrita anteriormente. Sendo uma investigação do tipo quantitativo, no que diz respeito à caracterização da amostra, recorreu-se a estatísticas do tipo descritivo tendência central e dispersão. Para a averiguação da estrutura fatorial do BriefCope, e após

verificação dos resultados do teste de Bartlett e do KMO, procedeu-se à realização da análise fatorial em componentes principais de forma a agrupar os 28 itens constituintes da escala. Para averiguação da normalidade dos dados recorreu-se à realização do teste Kolmogorov-Smirnov, que evidenciou o não cumprimento dos pressupostos para a utilização dos testes paramétricos. Assim, para análise da relação entre as variáveis, foi utilizado o teste de associação *rho* de Spearman

Capítulo 5. Resultados

5.1 Análise da estrutura fatorial dos instrumentos

A avaliação da validade de constructo foi realizada através da análise fatorial em fatores principais. De forma a garantir a viabilidade da análise fatorial, realizou-se o teste de Kaiser – Meyer – Olkin (**KMO = .652**) e o teste da esfericidade de Barlett (**p= .000**) de forma a aferir a qualidade das correlações entre as variáveis. Verificou-se que a amostragem é suficientemente adequada, sendo que o teste de Barlett nos permite perceber que se pode continuar com os estudos fatoriais.

Desta forma, foi possível agrupar os 28 itens constituintes da BriefCope em oito fatores. Como se pode verificar na Tabela 2 os itens constituintes do primeiro fator (Utilizar Suporte instrumental) são: Procuo apoio emocional (item 5) (**s= .864**), Peço ajuda para enfrentar a situação (item 10) (**s= .834**), Procuo conforto e compreensão de alguém (**s= .864**) (item 15), Peço ajuda a quem está na mesma situação (item 23) (**s= .876**).

O segundo fator (Coping ativo) é constituído por 5 itens: Pensamento positivo (**s= .541**) (item 12), utilização de estratégias (**s= .719**) (item 14), abstraio-me sempre da situação com atividades de lazer (**s= .590**) (item 19), Aprendo a viver com a situação (**s= .678**) (item 24), Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação (**s= .791**) (item 25);

O terceiro fator (Reinterpretação Positiva) é constituído por 3 itens: Procuo sempre coisas positivas (**s= .714**) (item 17), Enfrento a situação com descontração (**s= .892**) (item 18), Uso o sentido de humor para enfrentar problemas (**s= .862**) (item 28);

O quarto fator (Uso de substâncias) é constituído por 2 itens: refugio-me em estupefacientes (**s= .922**) (item 4) e uso estupefacientes para ultrapassar problemas (**s= .905**) (item 11);

O quinto fator (Religião) é constituído por 2 itens: Procurar conforto na religião ou crença espiritual (**s= .963**) (item 22), rezo ou medito (**s= .952**) (item 27);

O sexto fator (Desinvestimento comportamental) é constituído por 3 itens: Prefiro desistir (**s= .827**) (item 6), Desisto de me esforçar para enfrentar problemas (**s= .600**) (item 16), Aceitação incondicional (**s= .753**) (item 20);

O fator sete (Auto Culpabilização), constituído por 3 itens: Recuso-me que esteja a acontecer comigo (**s= .686**) (item 3), Auto critica (**s= .664**) (item 13), Sentimento de culpa (**s= .874**) (item 26);

O fator oito (Expressão de sentimentos), constituído por 2 itens: Expressões negativas (**s= .890**) (item 9) e demonstro sempre o meu aborrecimento (**s= .876**) (item 21).

Tabela 2. BriefCOPE: Saturações fatoriais e comunalidades (h2) para a solução de oito fatores após rotação varimax

Itens BriefCope	Suporte Instrumental	Coping Ativo	Reinterpretação Positiva	Uso de Substâncias	Religião	Desinvestimento Corporamental	Autoculpabilização	Expressão Sentimentos	Comunalidades
Peço conselhos e ajuda a pessoas que passam pelo mesmo	.876	----	----	----	----	----	----	----	.806
Procuo o conforto e compreensão de alguém	.869	----	----	----	----	----	----	----	.803
Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	.864	----	----	----	----	----	----	----	.815
Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	.834	----	----	----	----	----	----	----	.762
Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	----	.791	----	----	----	----	----	----	.741
Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	----	.719	----	----	----	----	----	----	.714
Tento aprender a viver com a situação	----	.678	----	----	----	----	----	----	.629
Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	----	.590	----	----	----	----	----	----	.693
Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	----	.541	----	----	----	----	----	----	.763
Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	----	----	.892	----	----	----	----	----	.864
Enfrento a situação com sentido de humor	----	----	.862	----	----	----	----	----	.794

Procuero algo positivo em tudo o que está a acontecer	----	----	.714	----	----	----	----	----	.789
Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	----	----	----	.922	----	----	----	----	.063
Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	----	----	----	.905	----	----	----	----	.864
Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	----	----	----	----	.963	----	----	----	.968
Rezo ou medito	----	----	----	----	.952	----	----	----	.946
Simplesmente desisto de tentar lidar com isto	----	----	----	----	----	.827	----	----	.765
Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	----	----	----	----	----	.753	----	----	.698
Desisto de me esforçar para lidar com a situação	----	----	----	----	----	.600	----	----	.638
Culpo-me pelo que está a acontecer	----	----	----	----	----	----	.874	----	.775
Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	----	----	----	----	----	----	.686	----	.744
Faço críticas a mim próprio	----	----	----	----	----	----	.664	----	.672
Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos	----	----	----	----	----	----	----	.890	.833
Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	----	----	----	----	----	----	----	.876	.851
Variância (Total = 78.30%)	23.71%	12.93%	9.44%	8.20%	7.94%	6.04%	5.30%	4.74%	
Alpha Cronbach	.903	.784	.860	.879	.958	.659	.635	.836	

A sequencia de factorizações permitiu eliminar itens com baixa saturação fatorial (<40) e itens que saturavam simultaneamente e mais do que um fator. Sendo assim eliminou-se o item 7 (Tomo medidas para melhorar a situação (s= .489)) uma vez que saturava simultaneamente no fator 2 e 3 respetivamente. Na Tabela 2 é possível verificar que os valores de saturação apresentados pelos itens variam entre s= .541 e s=.963, ou seja, os valores de saturação estatisticamente significativos uma vez que se apresentam todos acima .40.

Através da tabela 2 podemos ainda verificar que a consistência interna das escalas é muito boa, os valores variam entre .635 e .958, superiores quando verificámos os valores apresentados por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), para as 14 dimensões: *coping* ativo (.65), planear (.70), reinterpretação positiva (.74), aceitação (.55), humor (.83), religião (.80), utilizar suporte emocional (.79), utilizar suporte instrumental (.81), autodistração (.67), negação (.72), expressão de sentimentos (.84), uso de substâncias (.81), desinvestimento comportamental (.78) e autoculpabilização (.62). Desta forma podemos concluir através da Tabela 2 que os valores da consistência interna são extremamente satisfatórios quando comparados com a versão original. É importante ainda referir que nenhum dos fatores apresenta uma consistência interna abaixo do valor “limite” de .60 (Pais Ribeiro, 2004).

O primeiro fator, interpretado como *Suporte Instrumental*, dá conta de 23.71% da variância total dos dados caracteriza-se por procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer.

O segundo fator, interpretado como *Coping ativo*, dá conta de 12.93% da variância total dos dados caracteriza-se por iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor.

O terceiro fator, interpretado como *Reinterpretação positiva*, dá conta de 9.44% da variância total dos dados caracteriza-se por fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável.

O quarto fator, interpretado como *Uso de substâncias*, dá conta de 8.20% da variância total dos dados caracteriza-se por o participante usar o álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do evento stressor.

O quinto fator, interpretado como *Religião*, dá conta de 7.94% da variância total dos dados caracteriza-se por aumento de participação em atividades religiosas.

O sexto fator, interpretado como *Desinvestimento comportamental*, dá conta de 6.04% da variância total dos dados caracteriza-se por desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir.

O sétimo fator, interpretado como *Auto culpabilização*, dá conta de 5.30% da variância total dos dados caracteriza-se por culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu.

O oitavo fator, interpretado como *expressão de sentimentos*, dá conta de 4.74% da variância total dos dados caracteriza-se por o aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos.

Relação entre estratégias de Coping e Funções Executivas

5.2 Relação entre estratégias de Coping e Inibição

Tabela 3. Relação entre Estratégias de Coping e o desempenho da Inibição Cognitiva.

Teste	Suporte Instrumental	Coping Ativo	Reinterpretação Positiva	Uso de Substâncias	Religião	Desinvestimento Corporamental	Autoculpabilização	Expressão Sentimentos
	r	r	r	r	r	r	r	r
<i>Stroop P</i>	-.088	.251*	.410**	-.196	-.151	-.109	-.241*	.030
<i>Stroop C</i>	.043	.173	.454**	-.027	-.174	-.003	-.145	.122
<i>StroopPC</i>	.106	.199	.455**	-.041	-.134	-.070	-.067	.015
Teste 5 Dígitos Parte 1 Tempo	.251*	-.166	-.040	-.172	.075	-.047	.264*	-.066
Dígitos Parte 1 nerros	.140	-.196	-.046	.069	.118	.046	.216*	-.069
Dígitos Parte 2 tempo	.437**	-.230*	.077	-.010	.121	.008	.432**	-.112
Teste dos 5 Dígitos Parte 2 nerros	-.151	-.145	-.114	-.016	-.071	.000	.177	-.080
Teste dos 5 Dígitos Parte 3 tempo	.336**	-.199	.097	.189	.180	-.011	.446**	-.081
Teste dos 5 Dígitos Parte 3 nerros	-.073	-.215*	-.240*	.058	.056	.112	.282**	.012
Teste dos 5 Dígitos Parte 4 tempo	.235*	-.173	.008	.085	.252*	.021	.418**	-.181
Dígitos Parte 4 nerros	.025	-.244*	-.338**	.130	.205	.188	.417**	-.019

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

Foi utilizado o teste de *rho de Spearman* de forma a verificar se existe correlação entre os fatores selecionados através da análise fatorial e o desempenho nas Funções Executivas.

Assim sendo na tabela 3 podemos verificar que no que diz respeito ao primeiro fator – Suporte Instrumental - este indica a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas na variável “Teste 5 Dígitos parte 1 tempo” (r= .251), “Teste 5 Dígitos parte 2 tempo” (r= .437), “Teste 5 Dígitos parte 3 tempo” (r= .336) e na variável “Teste 5 Dígitos parte 4 tempo” (r= .235).

Quanto ao fator *Coping* ativo (Fator 2), ao nível do teste de *Stroop*, nomeadamente na variável “Stroop P” este apresenta uma correlação positiva ($r = .251$), enquanto que no teste dos 5 dígitos apresenta correlações negativas, nas variáveis “Teste 5 Dígitos parte 2 tempo” ($r = -.230$), “Teste 5 Dígitos parte 3nerros” ($r = -.215$) e “Teste 5 Dígitos parte 4nerros” ($r = -.244$).

No que diz respeito ao terceiro fator (reinterpretação positiva), como se pode verificar na tabela 3 este nas variáveis do teste do *Stroop* apresenta correlações positivas com valores que variam entre $r = .410$ e $r = .455$. No que diz respeito ao teste dos 5 dígitos apresenta correlações negativas na variável “Teste 5 Dígitos parte 3 n erros” ($r = -.240$) e “Dígitos parte 4 n erros” ($r = -.244$)

Em relação ao “Uso de Substâncias” (Fator 4), este não apresenta valores estatisticamente significativos.

No quinto fator “Religião” no que diz respeito ao teste de *Stroop* este não apresenta correlações a assinalar, embora no teste dos 5 dígitos na variável “Teste dos 5 Dígitos Parte 4 tempo” ($r = .252$) este apresenta uma correlação positiva.

No sexto fator “Desinvestimento comportamental” este não apresenta valores estatisticamente significativos.

O sétimo fator “Auto culpabilização” no teste de *Stroop* apresenta uma correlação negativa forte na variável “Stroop P” ($r = -.241$). No teste dos 5 dígitos apresenta correlações positivas fortes nas variáveis “Teste 5 Dígitos parte 1 tempo” ($r = .643$), “Dígitos Parte 1 nerros” ($r = .216$), “Teste 5 Dígitos parte 2 tempo” ($r = .432$), “Teste 5 Dígitos parte 3 tempo” ($r = .446$), “Dígitos parte 3 nerros” ($r = .282$) “Teste 5 Dígitos parte 4 tempo” ($r = .418$) e “Dígitos parte 4 nerros” ($r = .417$)

Por fim o oitavo fator “expressão de Sentimentos”. Não apresenta valores significativos a assinalar.

5.3 Relação entre estratégias de Coping e flexibilidade cognitiva

Tabela 4. Relação entre as Estratégias de Coping e a Flexibilidade Cognitiva.

<i>Teste</i>	Suporte Instrumental	Coping Ativo	Reinterpretação Positiva	Uso de Substâncias	Religião	Desinvestimento Corporativo	Autoculpabilização	Expressão Sentimentos
<i>Trail Making Test.</i>	r	r	r	r	r	r	r	r
Parte A- Tempo (s)	.016	-.252*	-.236*	.001	.273**	-.097	-.338**	-.208*
Parte B- Tempo (s)	.001	-.038	-.267*	.219*	.037	.154	-.238*	.116
TMT- Tempo total (s)	-.040	-.173	-.301**	.096	.197	.064	.285**	-.009
<i>Wisconsin card sorting test</i>								
Tempo (s)	.224*	-.157	-.131	.020	.096	-.052	.307**	-.048
Ensaio aplicados	.132	-.117	-.147	-.090	.021	.095	.179	.093
Respostas corretas	-.218*	-.192	.120	-.185	-.177	-.009	-.261*	.099
Total de erros	.235*	-.203	-.160	.055	.135	.054	.266*	.006
Respostas perseverativas	.131	-.087	.136	-.268*	.106	-.065	.288	-.080
Erros perseverativos	.249*	-.076	.004	-.201	.049	.087	.274**	.083
Erros não perseverativos	.215*	-.177	-.166	.145	.076	.096	.244*	.000
Respostas a nível conceptual	-.357**	.142	.102	-.139	-.066	.017	-.251*	.007
Número de categorias completas	-.129	.273**	.276**	-.165	-.251*	-.091	-.338**	.066
Falha em critério	.022	-.253*	-.198	-.009	.186	.141	.194	-.065
Ensaio para completar a 1ª categoria	.027	-.157	.008	-.121	.280**	-.072	.295**	-.145
Porcentagem a nível conceptual	-.324**	.155	.119	-.074	-.047	-.047	-.259*	-.044

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

Na tabela 4 podemos verificar os valores das correlações entre os fatores e os desempenhos nos teste de Flexibilidade cognitiva.

Desta forma no primeiro fator “Utilizar Suporte Instrumental”, este apresenta correlações negativas na variável “WISCONSIN_ Respostas corretas” ($r = -.218$), “WISCONSIN_ Respostas a nível conceptual” ($r = -.357$), “WISCONSIN_ Percentagem a nível conceptual” ($r = -.324$); enquanto que na variável “WISCONSIN_tempo” ($r = .224$), “WISCONSIN_total de erros” ($r = .235$), “WISCONSIN_ Erros perseverativos ” ($r = .249$) e “WISCONSIN_erros não perseverativos” ($r = .215$) apresenta correlações positivas.

Quanto ao fator *Coping* ativo (Fator 2), ao nível *Trail Making Test*, este apresenta uma correlação negativa na variável “TMT parte A tempo” ($r = -.252$). Nas variáveis do teste de Wisconsin o fator 2 apresenta uma correlação negativa, ao nível da variável “WISCONSIN_falha em manter o critério” ($r = -.253$). Na tabela 4 podemos verificar ainda uma correlação positiva na variável “WISCONSIN_número de categorias completas” ($r = .273$).

No que diz respeito ao terceiro fator (reinterpretação positiva), como se pode verificar na tabela 4 este nas variáveis do *Trail Making Test* apresenta correlações negativas na variável “TMT parte A tempo” ($r = -.236$), “TMT parte B tempo” ($r = -.267$) e na variável “TMT_Tempo_Total” ($r = -.301$). Nas variáveis do teste de Wisconsin o fator 3 apresenta uma correlação positiva na variável “WISCONSIN_número de categorias completas” ($r = .276$).

No fator 4 “Uso de Substâncias”, este apresenta uma correlação positiva na variável “TMT parte B tempo” ($r = .219$). Ao nível do teste de Wisconsin, este fator apresenta uma correlação negativa na variável “WISCONSIN_ Respostas perseverativas” ($r = -.268$).

O fator 5 “Religião” quanto ao *Trail Making Test*, este apresenta uma correlação positiva na variável “TMT parte A tempo” ($r = .273$), no que concerne ao teste de Wisconsin verificámos que apresenta uma correlação negativa nomeadamente na variável “WISCONSIN_número de categorias completas” ($r = -.251$) e uma correlação positiva na variável “WISCONSIN_ Ensaio para completar a 1ª categoria” ($r = .280$).

No sexto fator “Desinvestimento comportamental” como se pode verificar na tabela 4 não existe correlações a assinalar.

O sétimo fator “Auto culpabilização” no *Trail Making Test* podemos verificar correlações positivas nomeadamente ao nível das variáveis “TMT parte A tempo” ($r = .338$), “TMT parte B tempo” ($r = .238$) e na variável “TMT_Tempo_Total” ($r = .285$). No que concerne ao teste de Wisconsin verificámos que existe correlações negativas nas variáveis “WISCONSIN_respostas corretas” ($r = -.261$), “WISCONSIN_respostas a nível conceptual” ($r = -.251$), “WISCONSIN:número de categorias completas” ($r = -.399$) e “WISCONSIN_percentagem de respostas de nível conceptual” ($r = -.259$). Nas variáveis “WISCONSIN_tempo” ($r = .307$), “WISCONSIN_total de erros” ($r = .266$), “WISCONSIN_respostas perseverativas” ($r = .288$), “WISCONSIN_Erros Perseverativos” ($r = .274$),

“WISCONSIN_Erros não perseverativas” ($r = .244$), “WISCONSIN_número de ensaios para completar categoria” ($r = .295$) o fator sete apresenta correlações positivas.

Por fim o oitavo fator “expressão de Sentimentos”, apresenta uma correlação negativa nomeadamente na variável “TMT parte A tempo” ($r = -.208$).

5.4 Relação entre estratégias de Coping e Atualização Cognitiva

Tabela 5. Relação entre as Estratégias de Coping e a Atualização Cognitiva.

Teste	Suporte Instrumental	Coping Ativo	Reinterpretação Positiva	Uso de Substâncias	Religião	Desinvestimento Corporativo	Autoculpa	Expressão Sentimentos
	r	r	r	r	r	r	r	r
<i>Memória de dígitos (MD)</i>								
MD – sentido direto	-.250*	.179	-.076	-.064	-.179	-.020	-.461**	.130
MD- sentido inverso	-.190	.231*	.105	-.200	-.145	-.095	-.307**	-.062
MD- sentido direto tempo (s)	-.049	.029	-.016	-.123	-.018	-.173	-.082	-.070
MD- sentido inverso tempo (s)	.046	-.044	.023	-.149	.102	-.236*	.218*	-.071
MD-total	-.265*	.213*	-.024	-.131	-.185	-.060	-.441**	.066
<i>Teste de semelhanças</i>								
Tempo (s)	.221*	-.020	.010	-.110	-.044	-.084	.128	-.189
Total	.085	.211*	.351**	-.239*	.055	.090	-.101	-.006
<i>Prova Aritmética</i>								
	.086	.146	.428**	-.117	-.085	-.191	-.100	-.112
<i>Pesquisa de Símbolos</i>								
PS- corretas	.099	.306**	.271**	-.213*	-.347**	-.044	-.289**	-.073
PS- incorretas	-.058	.100	.358**	-.062	.026	.009	.063	-.085
PS- total	.092	.238*	.129	-.172	-.373**	-.032	-.290**	.001
<i>Código de símbolos</i>								
	-.103	.264*	.348**	-.384**	-.085	-.207*	-.191	-.198
<i>Fluência Verbal</i>								
FS- fluência semântica	.227*	.110	.364**	.081	-.105	-.038	.086	-.027
FF- fluência fonética letra M	.281**	.112	.356**	.065	-.126	-.148	.103	.020
FF- letra P	.236*	.114	.416**	-.059	-.042	-.192	.043	-.130
FF- letra R	.275**	.091	.318**	.066	-.094	-.145	.064	-.065

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

Na tabela 5 podemos verificar os valores das correlações entre os fatores e os desempenhos nos teste de Flexibilidade cognitiva.

No primeiro fator “Utilizar Suporte Instrumental”, este apresenta duas correlações negativas na variável “M.Digitos.S.I” ($r = -.250$), e na variável “M.DigitosTotal” ($r = -.265$). Ainda apresenta correlações positivas nas variáveis “T.SemelhançasTempo” ($r = .221$), “Fluência_Semântica” ($r = .227$), “Fluência_Fonetica_LetraM” ($r = .281$), “Fluência_Fonetica_LetraP” ($r = .236$) e “Fluência_Fonetica_LetraR” ($r = .275$)

Quanto ao fator *Coping* ativo (Fator 2), este apresenta correlações positivas nomeadamente nas variáveis “M.DigitosTotal” ($r = .213$), “T.SemelhançasTotal” ($r = .211$), “P. Simbolos_C” ($r = .306$), “P. Simbolos_Total” ($r = .238$) e “C.Simbolos” ($r = .264$).

No que diz respeito ao terceiro fator (reinterpretação positiva), como se pode verificar na tabela 5 este apresenta correlações positivas com os valores a variarem entre $r = .271$ e $r = .428$.

No fator 4 “Uso de Substâncias”, este apresenta correlações negativas nas variáveis, “P. Simbolos_C” ($r = -.384$) “C.Simbolos” ($r = -.270$) e “T.SemelhançasTotal” ($r = -.239$).

O fator 5 “Religião” apresenta correlações negativas nomeadamente nas variáveis “P. Simbolos_C” ($r = -.347$) e “P.Simbolos_Total” ($r = -.373$)

No sexto fator “desinvestimento comportamental” como se pode verificar na tabela 6, este apresenta duas correlações negativas nas variáveis “M.DigitosS.I.tempo” ($r = .236$) e “C.Simbolos” ($r = .207$)

O sétimo fator “Auto culpabilização” como podemos verificar na tabela 5 apresenta correlações negativas com os valores a variarem entre $r = -.289$ e $r = -.461$. Apresenta ainda uma correlação positiva na variável “M.DigitosS.I.tempo” ($r = .218$)

Por fim o oitavo fator “expressão de Sentimentos”, como se pode verificar na tabela 5 não existe nenhuma correlação a assinalar.

5.5 Relação entre estratégias de Coping e Planificação cognitiva

Tabela 6. Relação entre as Estratégias de Coping e a Planificação Cognitiva.

Teste	Suporte Instrumental	Coping Ativo	Reinterpretação Positiva	Uso de Substâncias	Religião	Desinvestimento Corporativo mental	Autoculpabilização	Expressão Sentimental
	r	r	r	r	r	r	r	r
<i>Procura de Chaves</i>								
Tempo (s)	.083	-.112	.150	-.110	.137	-.270*	.191	-.157
Total de acertos	-.044	.208*	.286**	-.263*	-.277**	-.093	-.204	.038
Perfil	-.015	.195	.180	-.233*	-.296**	.045	-.323**	.140
<i>Mapa do Zoo- versão 1</i>								
Total	.224*	.242*	.183	-.116	-.346**	-.246*	-.161	.189
Tempo (s)	-.030	-.125	-.147	-.104	.225*	-.091	.203	-.032
<i>Mapa do Zoo- versão 2</i>								
Total	-.204	.367**	.129	-.255*	-.255*	-.071	-.395**	-.014
Tempo (s)	.214*	-.061	.155	-.017	.153	-.053	.347**	-.184
<i>Mapa do Zoo- total</i>								
	.047	.421**	.233*	-.242*	-.382**	-.161	-.391**	.144
<i>Mapa do Zoo- Perfil</i>								
	-.221*	.362**	.014	-.260*	-.325**	-.052	-.482**	.113

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

Na tabela 6 podemos verificar os valores das correlações entre os fatores e os desempenhos nos teste de Flexibilidade cognitiva.

No primeiro fator “Utilizar Suporte Instrumental”, este apresenta duas correlações positivas nas variáveis “MapadoZooV1.Tempo” (r= .224)” e “MapadoZooV2.Tempo” (r= .214)”, assim como uma correlação negativa, nomeadamente na variável “MapadoZooPerfil” (r= -.221) .

Quanto ao fator *Coping* ativo (Fator 2), como se pode verificar na tabela 6 este apresenta correlações positivas nomeadamente com os valores a variarem entre r= .208 e r= .421.

No que diz respeito ao terceiro fator (reinterpretação positiva), este apresenta duas correlações positivas nas variáveis “ProcuradeChaveTotal” (r= .286) e “MapadoZooTotal” (r= .233)

No fator 4 “Uso de Substâncias”, verificámos que existe correlações negativas com os valores a variarem entre (r= -.233) e (r= .263).

O fator 5 “Religião” apresenta correlações negativas com os valores a variarem entre r= -.255 e r= -.382. No entanto, este fator apresenta também uma correlação positiva na variável “MapadoZooV1.Tempo” (r= .225).

No fator 6 “Desinvestimento comportamental” como se pode verificar na tabela 6, este apresenta duas correlações negativas nomeadamente nas variáveis “ProcuradeChaveTempo” ($r = -.270$) e “MaoadoZooV1.Total” ($r = -.246$).

O sétimo fator “Auto culpabilização” apresenta correlações negativas com os valores a variarem entre $r = -.323$ e $r = -.482$. No entanto, o fator da auto culpabilização apresenta também uma correlação positiva, na variável “MapadoZooV2.Tempo” ($r = .347$).

Por fim o oitavo fator “expressão de Sentimentos”, como se pode verificar na tabela 6 não existe nenhuma correlação a assinalar.

Capítulo 6. Discussão de Resultados

Partindo do objetivo do presente estudo avaliar a influência das estratégias de *coping* no desempenho das Funções Executivas nomeadamente: inibição cognitiva, flexibilidade cognitiva, atualização cognitiva, planificação cognitiva prossegue-se assim à discussão dos resultados.

Através das análises, verificou-se uma associação positiva significativa em cinco fatores (não se registou valores no fator quatro (Uso de substâncias); fator seis (Desinvestimento comportamental) e fator oito (Expressão de sentimentos)), demonstrando desta forma que as estratégias de *coping* nomeadamente suporte instrumental, *coping* ativo, reinterpretação positiva, religião e autculpabilização encontram-se associadas á função executiva inibição cognitiva, confirmando que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo. Concluimos assim que através da tabela 4 podemos confirmar a H1a do presente estudo: as estratégias de *Coping* influenciam a inibição cognitiva.

No que diz respeito à flexibilidade cognitiva, através das análises verificou-se uma associação positiva significativa em sete fatores (á exceção do fator seis desinvestimento comportamental), demonstrando assim que as estratégias de *coping* nomeadamente suporte instrumental, *coping* ativo, reinterpretação positiva, uso de substâncias, religião, autculpabilização e expressão de sentimentos encontram-se associadas á função executiva flexibilidade cognitiva confirmando assim que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis do presente estudo. Através de tabela 5 podemos confirmar a H1b deste estudo: as estratégias de *Coping* influenciam a flexibilidade cognitiva.

Quanto á função executiva atualização cognitiva, através das análises verificou-se uma associação positiva significativa em sete fatores com exceção do fator oito (Expressão de sentimentos), demonstrando assim que as estratégias de *coping* nomeadamente suporte instrumental, *coping* ativo, reinterpretação positiva, uso de substâncias, religião, desinvestimento comportamental e autculpabilização encontram-se associadas á função executiva atualização cognitiva confirmando assim que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis do presente estudo. Através de tabela 6 confirma-se a H1c do estudo: as estratégias de *Coping* influenciam a atualização cognitiva.

Por fim, no que diz respeito á função executiva planificação cognitiva através das análises verificou-se uma associação positiva significativa em sete fatores. O fator oito (Expressão de sentimentos) não apresentou valores a assinalar. Sendo assim, podemos afirmar que as estratégias de *coping* nomeadamente suporte instrumental, *coping* ativo, reinterpretação positiva, uso de

substâncias, religião, desinvestimento comportamental e autculpabilização encontram-se associadas á função executiva planificação cognitiva confirmando assim que existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis do presente estudo. Através de tabela 7 confirma-se a H1d do presente estudo: as estratégias de *Coping* influenciam a planificação cognitiva.

A análise integral dos resultados mostra que no que diz respeito á análise fatorial, foram apresentados resultados superiores quando verificámos os valores apresentados por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), considerando assim os resultados da análise fatorial extremamente satisfatórios quando comparados com a versão original.

As evidencias do presente estudo vão de encontro aos resultados de estudos internacionais, nomeadamente o estudo realizado por Hildebrand, C., Taylor, M., & Bradway, C, (2014) que suportam a ideia de que as limitações nas funções executivas degradam gravemente a capacidade de o idoso lidar com as situações de stress, levando a uma fraca utilização de estratégias de *coping* adequadas. Estas conclusões vão de encontro à hipótese um deste estudo: as estratégias de *coping* influenciam o desempenho nas funções executivas em idosos.

É importante também salientar o estudo e Grassi-Oliveira, R., Filho, L., Brietzke, E., (2008), que se baseia no “*Coping* Como função executiva”, que conclui que as estratégias de *coping* podem ser relacionadas com tarefas cognitivas específicas, particularmente tarefas das funções executivas, sugerindo assim, que o *coping* poderá estar intimamente relacionado com as estruturas cerebrais que envolvem as funções executivas. Apesar de ser um artigo com direção teórica, os autores levantam ainda uma questão de investigação que consiste no estudo da relação do *coping* com as funções executivas que vai de encontro a questão que investigação do presente estudo.

Um estudo publicado no *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, de De Luca, C., Wood, S., Anderson, V., Buchaman, J., Proffitt, T., Mahony, K., & Pantelis, C., (2013), conclui que o atrofio neuronal relacionado com o aumento da idade, compromete a capacidade do sistema para lidar com o processamento estratégico e inibitório, assim sendo, o desempenho no grupo do nível dos 64 anos sugere que as funções executivas são particularmente sensíveis ao declínio cognitivo.

É importante ainda salientar um estudo publicado no *Journal of clinical Nursing*, de Tsai, Y., Chu, T., Lai, Y., & Chen, W (2008) sobre a dor e as estratégias de *coping* em idosos chineses que conclui que utilização de estratégias de *coping* poderia prevenir estados depressivos e consequentemente a situação de dor (entre outras). Como os resultados apresentados neste estudo, a utilização de estratégias de *coping* torna-se um componente importante na qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Embora tenhamos obtido resultados significativos para o presente estudo, deparámo-nos com algumas limitações. É importante salientar que a extensão da bateria de testes provocava alguma desmotivação nos participantes. Este fator foi relativamente ultrapassado com o aumento do número de sessões e a possibilidade de os participantes poderem verbalizar sentimentos entre a execução dos testes. Recorremos ao reforço positivo com o intuito de os motivar para levar a tarefa até ao fim. Como limitação do protocolo utilizado, deve ser ainda sublinhada a impossibilidade da sua administração a sujeitos analfabetos, uma vez que a determinadas provas exige a leitura, escrita e reconhecimento de letras, palavras e números. A execução das provas aplicadas poderá ter sido afetada por problemas de saúde comuns nos idosos, como as alterações sensoriais/percetivas de natureza visual e/ou auditiva.

Os resultados deste estudo, permitem-nos verificar que existe uma relação entre as estratégias de *coping* e as funções executivas em idosos. Desta forma e tendo em conta o que foi sendo referido ao longo deste estudo, nomeadamente o aumento da esperança média de vida/Envelhecimento, torna-se fundamental investir no desenvolvimento de estratégias de *coping* no sentido de tornar este processo natural do ser humano mais completo. A possibilidade de aprenderem a lidar com fatores de stress, revela-se de extrema importância uma vez que melhora a função cognitiva e desta forma promove um melhor estar psicológico.

O âmbito da investigação psicológica na área da terceira idade deve ser sujeito a um grande investimento dado que cada vez mais e como foi referido anteriormente o avanço da medicina e a melhoria das condições de vida permite o aumento da esperança média de vida.

Referências Bibliográficas:

- Abreu, V., & Tamai, S. (2006). Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., e Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1162-1169). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan
- Agin, B. & Perkins, S. (2008). *Healthy aging for dummies*. USA: Wiley Publishing.
- Alvarez, A. (2004). *Deu branco: um guia para desenvolver o potencial de sua memória*. 2ª Ed, Rio de Janeiro. Best Seller
- Andrade, L., Araujo, C., Moratori, P., Lima, C., Mattos, P., Franco, C., & Soares, A. (2004, November). Mapa do Zoológico–Captura Cognitiva para Disfunção Executiva. In *Brazilian Symposium on Computers in Education (Simpósio Brasileiro de Informática na Educação-SBIE)* (Vol. 1, No. 1, pp. 479-486).
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*,3(2), 273-294.
- Baltes, M. M. (1996) *The many faces of dependency in old age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1997). A systemic-holistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12(3), 395-409. doi: 10.1037/0882-7974.12.3.395
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 105*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*.
- Bandura, A. (2004) Health promotion by social cognitive means. *Health Education e Behavior*, Washington, v. 31, n. 2, p. 143-164.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento – La memoria y la demencia*. Espanha: Paraninfo

- Barroso, V. L. & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos*. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.
- Birren, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta
- Bode, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2006). Preparing for aging: Development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory. *Patient Education and Counseling*, 61, 272-278.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, A., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 189-198. doi:10.1093/arclin/acs115
- Cavaco, S., Pinto, C., Gonçalves, A., Gomes, F., Pereira, A., & Malaquias, C. (2008). Trail Making Test: Dados normativos dos 21 aos 65 anos. *Psychologica*, 49, 222-238.
- Hristensen, H. (2001). What cognitive changes can be expected with normal ageing? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (6), 768–775.
- Castro, S. L., Cunha, L. S., & Martins, L. (2009). Teste Stroop Neuropsicológico em Português.
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Portal dos psicólogos*.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The science of happiness and human strengths*.
- Castro, O. (2004). Vivendo em seu corpo: uma questão de consciência e de criatividade. In: Castro, O., (org.). *Envelhecer: revisitando o corpo* (pp. 13-30). Sapucaia do Sul: Notadez
- Compas, B.E. (2006). Psychobiological processes of stress and coping: implications for resilience in children and adolescents comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 226-234.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127(1), 87-127.

- Debert, G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Dunér, A. & Nordstrom, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of Aging Studies*, 19, 437-451.
- Fernández-Ballesteros, R., Maria Dolores Zamarrón, M. D., & Tarraga, L. (2009). Plasticidade Cognitiva y Deterioro Cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros, *Psicogerontologia Perspectivas Europeas para um Mundo que Envejece*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745-774.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-98.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York. Norton.
- Funahashi, S. (2001). Neuronal mechanisms of executive control by the prefrontal cortex. *Neuroscience research*, 39(2), 147-165.
- Gazzaniga, M. Ivry, R. & Mangun, G. (2006). *Neurociência da mente: a biologia da mente*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- García, M. (2009). Psicología de la vejez: el funcionamiento cognitivo. In Fernández Ballesteros, R. *Gerontología Social*. Madrid: ediciones Piramide
- Gatens, C., Musto, M., (2011). Cognição e comportamento. In Hoeman, S. *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 551-579). (4ª ed.) Loures: Lusodidata

- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress: Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Greenglass, E.; Fiksenbaum, L. & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress and Coping*, 19 (1), 15-31.
- Guedes, J. M.; Silveira, R. C. (2004) Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 10-21.
- Guedes, F, (2004). *A enciclopédia*, Lisboa. Editorial Verbo
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G.(1993). *Wisconsin card sorting test manual: revised and expanded*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Hertzog, C. (1989). Influences of cognitive slowing on age differences in intelligence. *Developmental psychology* (pp.636-651), vol. 25, nº4
- Hye-cheon, K., Bursac, K., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D. & West, D. (2009). Brief report: Stress, Race, and Body Weight. *Health Psychology*, 28(1), 131–135. doi: 10.1037/a0012648
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Retirado de <http://www.ine.pt>
- Irigaray, T. (2009). *Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição, na qualidade de vida e no bem-estar de idosos saudáveis*. Consultado a 22 de Dezembro de 2016 em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=urn:repor:ibict.brall:oai:pucrs.br:1840>
- Kahana, E. (1982). “A congruence model of person-environment interaction”. Em: M. Lawton, P. Windley & T. Byerts (Eds.), *Aging, and the environment: theoretical approaches*. New York: Springer.
- Kaskie, B., Gregory, D. & Gilder, R. (2009). Community Mental Health Service Use by Older Adults with Dementia. *Psychological Services*, 6(1), 56–67. doi: 10.1037/a0014438

- Kongs, S. K., Thompson, L. L., Iverson, G. L., & Heaton, R. K. (2000). *WCST-64: Wisconsin Card Sorting Test-64 card version, professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Labouvie-vief, G. (1992). "A neo-piagetian perspective on adult cognitive development". Em: R. Sternberg & C. Berg (Eds.), *Intellectual development*. New York: Cambridge University Press.
- Livneh, H. & Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. In Martz & Livneh (eds.), *Coping with chronic illness and disability* (pp. 3-22). USA: Springer US.
- Lawton, M. (1982). "Competence environment press and adaption". Em: M. Lawton, P. Windley & T. Byerts (Eds.), *Aging, and the environment: theoretical approaches*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levine, B., Stuss, D. T., Winocur, G., Binns, M. A., Fahy, L., Mandic, M., ... & Robertson, I. H. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: effects on strategic behavior in relation to goal management. *Journal of the International neuropsychological Society*, 13(01), 143-152.
- Martínez, J. L. (2005). *Entrenamiento En Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo Y Evaluación de la Eficacia De Un Programa*. Universidad Complutense de Madrid: Madrid.
- Molina, P. & Tarrés, P. (2004) *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*, 2º ed. Barcelona
- Montiel, J. M., Cecato, J. F., Bartholomeu, D., & Martinelli, J. E. (2014). Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer. *Psicologia: teoria e prática*, 16(1), 169-180.
- Netto, M.P. (2002). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.

- Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2007). A review of successful ageing models: Proposing proactive coping as an import additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.
- Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, 45, 28-33. Park,
- Pais-Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pais Ribeiro, J.(2009). Coping: estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*,1(9),28-29
- Papalia, D. & Olds, S. (2000). Desenvolvimento físico e cognitivo na Terceira-idade. In *Desenvolvimento Humano* (pp. 491-519). (7ª ed.). Porto Alegre. Artmed
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pousada, M. y Fuente, J. (2007).La memoria y la atención: qué son y para qué nos sirven. In: Triadó, Carmen y Villar, Feliciano (coords.) *Psicología De La Vejez*. Madrid. Alianza Editorial
- Rabins, P., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire,M., Brant, L., & Cook, J. (1996). The prevalence of psychiatric disorder in elderly residents of public housing. *Journals of Gerontology, Series A– Biological Sciences & Medical Sciences*, 51A(6), 319-324. doi: 10.1093/gerona/51A.6.M319
- Ramos, L. R. (2003) Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.
- Rosa, T. C., Benício, Latorre e Ramos, (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

- Rothermund, K. & Brandtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging, 18* (4), 896-905.
- Salthouse, T. (1989). Ageing and skilled performance. In A.M. Colley & J.R. Beech (Eds.), *Acquisition and performance of cognitive skills* (pp.247–264). New York:
- Sathouse, T. (1990). “Cognitive competence and expertise in the aging “. Em: J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *handbook os psychology of aging* (3ª. Ed.). San Diego: Academic press.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. Cambridge University Press.
- Schaie, K. & Willis, S. (1999). “Theories of everyday competence and aging”. Em: V. Bengston e K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Schroots, J. (1995). “Psychological models aging”. *Canadian journal on aging, 14* (1), pp. 44-46
- Spar, J. E.; La Rue, A. (1997). O Envelhecimento Normal, Em Guia de Psiquiatria Geriatrica, pp. 13-38, 1º Vol., 1ª ed, Lisboa: Climepsi Editores.
- Sedó, M. (2007). *Test de los cinco dígitos*. Madrid: TEA Editions.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Skinner, E. & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology, 58*, 119-144.
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Editorial Presença. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: an evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.
- Somerfield, M., & McCrae, R. (2000). Stress and Coping Research:Methodological Challenges, Theoretical Advances, and Clinical Applications. *American Psychologist, 620-625*.
- Souza, J. & Chaves, E. (2005). *O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis*. Consultado a 8 de Dezembro de 2016, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a02v39n1.pdf>

- Tanji, J., & Hoshi, E. (2008). Role of the lateral prefrontal cortex in executive behavioral control. *Physiological reviews*, 88(1), 37-57.
- Trentini, C. M. Argimon, I. L. Oliveira M. S., & Werlang, B. G. (2010). *Teste wisconsin de classificação de cartas: Versão para idosos – Adaptação e padronização brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vieira, E.B. (2003). *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., & Evans, J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. Thames Valley Test Company.
- Yates, F. (1993). “Biological perspectives on growingold”. Em: J. Schroots (Ed.), *Aging, Health and competence*. Amsterdam: Elsevier
- Yassuda, M. & Abreu, V. (2006). Avaliação Cognitiva. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., & Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1252-1259). (2ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto alegre: Artmed.