



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Daniela Madeira Soares Nunes da Silva

SAÚDE E SOLIDÃO
AS RELAÇÕES ENTRE DEMÊNCIA E SOLIDÃO NA
POPULAÇÃO IDOSA DA REGIÃO CENTRO

Dissertação no âmbito do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Pratas Alvarez e apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019

Faculdade de Ciências e Tecnologia
da Universidade de Coimbra

Saúde e Solidão

As relações entre demência e solidão na população idosa da Região Centro

Daniela Madeira Soares Nunes da Silva

Dissertação no âmbito do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Pratas Alvarez e apresentada ao Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2019



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

*Do espírito que vai, ou deve ir, a
todas as aventuras do mundo, e do corpo que tem raízes imutáveis no chão nativo.*

Miguel Torga

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Manuela Alvarez, e ao Tiago Sousa por me acolherem no vosso projeto e por me ajudarem e fazerem-me crescer ao longo deste trabalho. Em especial, à Professora Manuela Alvarez, obrigada pela paciência, disponibilidade, simpatia e conversas.

À Professora Doutora Manuela Vilar, o meu grande obrigada por toda a atenção e pelas orientações dadas a esta antropóloga que tem o bichinho pelo conhecimento.

À minha família, em especial aos meus pais e à minha irmã gémea com 7 anos de diferença.

Às melhores pessoas que a RUC me deu, ao Bernardo por aturares os meus desvaneios e pela força que me passas, e à Sofia, a melhor amiga que os 107.9 FM alguma vez me podiam ter dado.

À Joana, a amiga do José Falcão, a afilhada mais “*Sunny*” e a melhor amiga para sempre.

À Ana Rita, pela força dada nesta reta final. Que venham mais 19 anos.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer a todos os idosos e instituições que aceitaram ajudar-me. A eles, o meu eterno obrigada.

Índice

Introdução.....	4
1. Panorama demográfico mundial e nacional	5
2. Envelhecimento e carga de doenças.....	6
3. O envelhecimento cognitivo e a demência	7
3.1. A teoria da Reserva Cerebral e Reserva Cognitiva	10
3.2. Formas mais comuns de demência	11
3.2.1. Doença de Alzheimer	11
3.2.2. Demência Vascular	12
3.2.3. Demência com Corpos de Lewy	13
3.2.4. Demência Frontotemporal.....	14
4. A Solidão e o Isolamento Social	14
4.1. A influência da solidão na saúde.....	15
5. Objetivos	18
6. Material e Metodologia	20
6.1. Caracterização da amostra.....	20
6.2. Metodologia	20
6.2.1. Questionários de Resposta Fechada	21
6.2.2. Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE).....	23
6.3. Análise Estatística.....	23
7. Resultados	26
7.1. Análise descritiva.....	26
7.2. Caracterização do estado de saúde cognitiva	29
7.3. Análise descritiva dos instrumentos de medida do bem-estar psicossocial.....	31
7.3.1. Escala de Solidão (UCLA LS).....	31
7.3.2. Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6).....	32
7.3.3. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).....	33
7.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)	34
7.3.5. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS)	34
7.3.6. Escala de depressão geriátrica (GDS).....	36

7.4. Análise descritiva da Avaliação do Estado Cognitivo: Mini Mental State Examination (MMSE).....	37
7.5. Análise Estatística.....	37
7.5.1. Modelo Preditivo do Estado Cognitivo.....	37
7.5.2. Identificação das variáveis que mais influenciaram a variação da GDS.....	38
7.5.3. Identificação das variáveis que mais influenciaram a variação da Afetividade Negativa	40
7.5.4. Modelo Preditor da Solidão	41
8. Discussão	43
9. Conclusão	47
10. Bibliografia	49
Anexo 1 – Questionários aplicados	56
Anexo 2 – Alpha de Cronbach	65

Índice de tabelas

Tabela 1 - Média e desvio padrão para a versão portuguesa da LSNS-6 de acordo com grupos etários (Ribeiro et. al, 2012).....	22
Tabela 2 - Características demográficas e estilo de vida da amostra	26
Tabela 3 - Análise descritiva dos grupos pertencentes à amostra	30
Tabela 4 - Análise descritiva para a amostra total e para os diferentes meios de residência da UCLA LS	31
Tabela 5 - Análise descritiva para a dimensão “Família” da escala de redes sociais.....	32
Tabela 6 - Análise descritiva para a dimensão “Amigos” da escala de redes sociais	32
Tabela 7 - Análise descritiva da Escala de Satisfação com a Vida	34
Tabela 8 - Análise descritiva da Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)	34
Tabela 9 - Análise descritiva da Afetividade Positiva.....	35
Tabela 10 - Análise descritiva de Afetividade Negativa	35
Tabela 11 - Análise descritiva da Escala de Depressão Geriátrica.....	36
Tabela 12 - Estatística descritiva para os resultados obtidos no MMSE.....	37
Tabela 13 - Resumo do modelo preditivo dos resultados do estado cognitivo	38
Tabela 14 - ANOVA para o modelo preditivo dos resultados do estado cognitivo	38
Tabela 15 - Quadro de coeficientes do modelo preditivo do estado cognitivo	38
Tabela 16 - Resumo do modelo preditivo da GDS.....	39
Tabela 17 - ANOVA do modelo preditivo da GDS	39
Tabela 18 - Quadro de coeficientes do modelo preditivo da GDS	39
Tabela 19 - Resumo do modelo preditivo da Afetividade Negativa	40
Tabela 20 - ANOVA do modelo preditivo da Afetividade Negativa.....	40
Tabela 21 - Quadro dos coeficientes do modelo preditivo da Afetividade Negativa.....	41
Tabela 22 - Resumo do modelo preditivo da solidão	42
Tabela 23 - ANOVA do modelo preditivo da solidão.....	42
Tabela 24 - Quadro dos coeficientes do modelo preditivo da solidão.....	42

Índice de figuras

Figura 1 - Representação gráfica da evolução do número de pessoas com demência até ao ano 2050	4
Figura 2 - Proporção da população com 60 anos ou mais, por país, em 2015	5
Figura 3 - Projeções para o ano de 2050 sobre a proporção da população com 60 anos ou mais, por país	6
Figura 4 - Anos de vida não saudável para a população portuguesa. Comparação entre os anos de 1995 e 2017.	7
Figura 5 - Índice de envelhecimento. Comparação entre os anos de 1960 e 2017 a nível europeu.	10
Figura 6 - Representação esquemática de um cérebro isolado socialmente.....	16
Figura 7 - Número de pessoas com demência em Portugal por grupos etários.....	17
Figura 8 - Frequência de idades da amostra	26
Figura 9 - Percentagem de sujeitos na amostra distribuídos pelos dois grupos principais.....	29
Figura 10 - Pontuação da UCLA LS por grupo	31
Figura 11 - Comparação da pontuação para a dimensão "Amigos " da LSNS-6	33
Figura 12 - Comparação da pontuação da Afetividade Negativa entre grupos.	35
Figura 13 - Comparação dos resultados obtidos na GDS entre grupos.....	36

Resumo

Como consequência do aumento da longevidade na população, a prevalência de doenças associadas ao envelhecimento biológico tem aumentado, significativamente. A demência é uma dessas doenças, que se define pelo declínio cognitivo anormal e da deterioração da capacidade para manter as atividades do dia-a-dia. Dos vários fatores de risco já identificados, a solidão é o um dos que tem sido associado com sucesso à demência, mais recentemente.

O objetivo principal deste estudo foi verificar a existência de uma associação estatística significativa entre o sentimento de solidão e o declínio cognitivo, numa amostra populacional recolhida em zonas urbanas, periurbanas e rurais do território da Região Centro de Portugal. Foram estudados 72 idosos avaliados para o declínio cognitivo e para outras variáveis psicossociais com recurso, respetivamente, ao Mini Mental State Examination e às escalas de Solidão da UCLA, de Bem-Estar Subjetivo, de Autoestima de Rosenberg, de Afetividade Positiva e Negativa, Breve de Redes Sociais de Lubben e a Escala de Depressão Geriátrica. Para o estudo de associação entre variáveis foi aplicado o teste de Regressão Linear Múltipla, com o auxílio do software *IBM Statistic Package for the Social Sciences*, versão 23.

Os resultados da Regressão Linear mostraram que 37,4% da variabilidade dos resultados obtidos no Mini Mental State Examination podem ser explicados pelo nível de escolaridade, pela afetividade negativa e pela sintomatologia depressiva ($F = 13,514$; $\rho < 0,001$; $R^2 = 0,374$). A solidão foi excluída do modelo preditivo por não mostrar associação significativa ao declínio cognitivo observado na amostra. Ainda assim, os níveis de solidão mais elevados registaram-se nas zonas rurais, com um score médio de 31,24 ($DP=12,647$), a par com uma maior incidência de declínio cognitivo (66,7%).

Palavras-chave: Demência, Solidão, Declínio Cognitivo, Envelhecimento, Saúde Pública Mental

Abstract

As consequence of increased longevity in the population, the prevalence of diseases related to aging has been rising significantly. Dementia is one of those diseases, which is defined as an abnormal cognitive decline and deterioration in the ability to maintain everyday activities. From the risk factors already known, loneliness has been the most recently successfully linked to dementia.

The main objective of this study was to verify if loneliness had any statistically significant association with cognitive decline in a population sample collected urban, periurban and rural areas from Center of Portugal. Seventy-two (72) elderly people were assessed for cognitive decline and other psychosocial variables using, respectively, the Mini Mental State Examination and the UCLA Loneliness Scale, Subjective Well-Being Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Positive and Negative Affection Scale, Lubben Social Network Scale and the Geriatric Depression Scale. For the study of association between variables was applied the Multiple Linear Regression test with the help of *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Software*, version 23.

The results of the Multiple Linear Regression showed that 37,4% of the variability of Mini Mental State Examination results can be explained by education level, negative affectivity and depressive symptomatology ($F = 13,514$; $\rho < 0,001$; $R^2 = 0,374$). Loneliness was excluded from the predictive model for not showing any significant association with the cognitive decline observed in the sample. The highest levels of loneliness were found in rural areas, with an average score of 31.24 ($DP = 12,647$), along with a higher incidence of cognitive decline (66,7%).

Keywords: Dementia, Loneliness, Cognitive Decline, Aging, Mental Public Health

Introdução

Introdução

A demência é uma síndrome de natureza crónica ou progressiva caracterizada pela deterioração da memória, do raciocínio, do comportamento e da capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia (Knopman & Selnes, 2012; World Health Organization, 2012). A deterioração das funções cognitivas acompanha o avanço da idade a um ritmo variável que é influenciado pelas doenças associadas ao envelhecimento biológico, pelo estilo de vida e pela carga genética. Geralmente, a demência surge quando o ritmo de declínio das funções cognitivas é mais acelerado do que o esperado para a idade cronológica (Murman, 2015).

O aumento do número de pessoas idosas na população mundial, registado nas últimas décadas, tem sido acompanhado pelo crescimento do número de casos de demência. Porém, este aumento não é uniforme e apresenta um ritmo diferente em diferentes regiões do mundo. Estima-se que, até 2050, nos países em desenvolvimento, o aumento do número de casos diagnosticados anualmente seja de magnitude superior ao dos países desenvolvidos (Figura 1) (Alzheimer's Disease International, 2019). Este padrão de variação geográfica sugere que os fatores ambientais e o estilo de vida possam ter uma influência significativa na etiologia da doença.

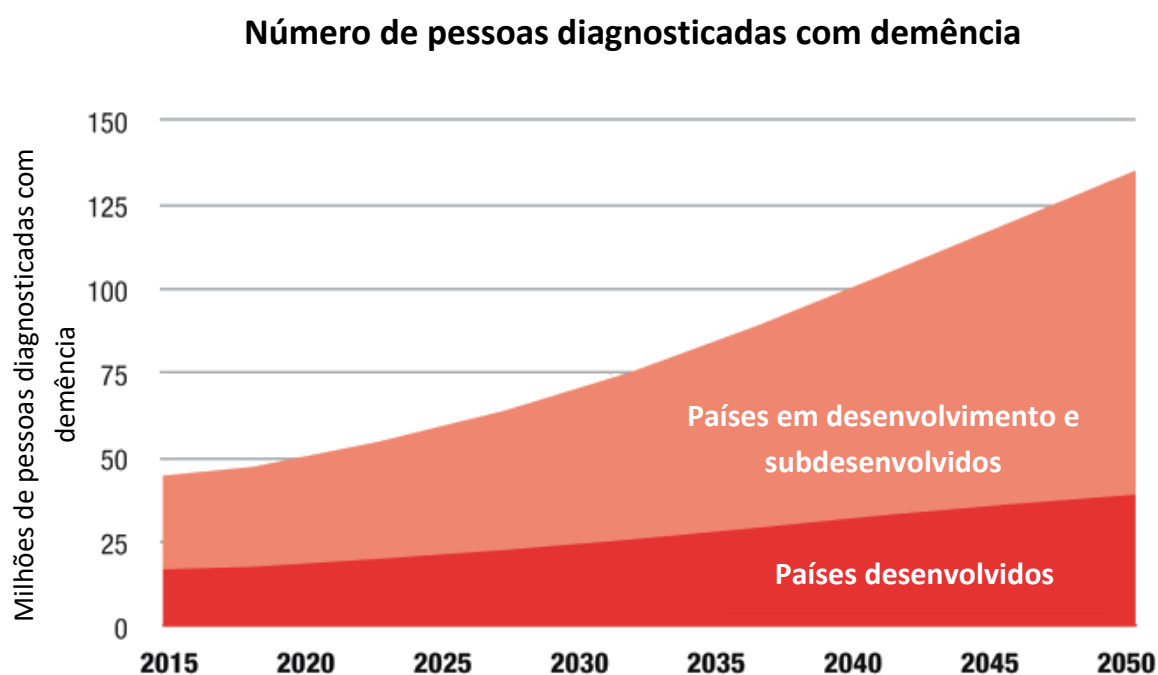


Figura 1 - Representação gráfica da evolução do número de pessoas com demência até ao ano 2050 (adaptado de www.alz.co.uk/research/statistics)

Compreender o impacto do estilo de vida e de outras variáveis ambientais nas alterações cognitivas associadas à idade é importante no cenário demográfico atual. Nas populações envelhecidas é crucial que os idosos mantenham a sua independência funcional e a capacidade para comunicar e sociabilizar com os outros (Murman, 2015).

1. Panorama demográfico mundial e nacional

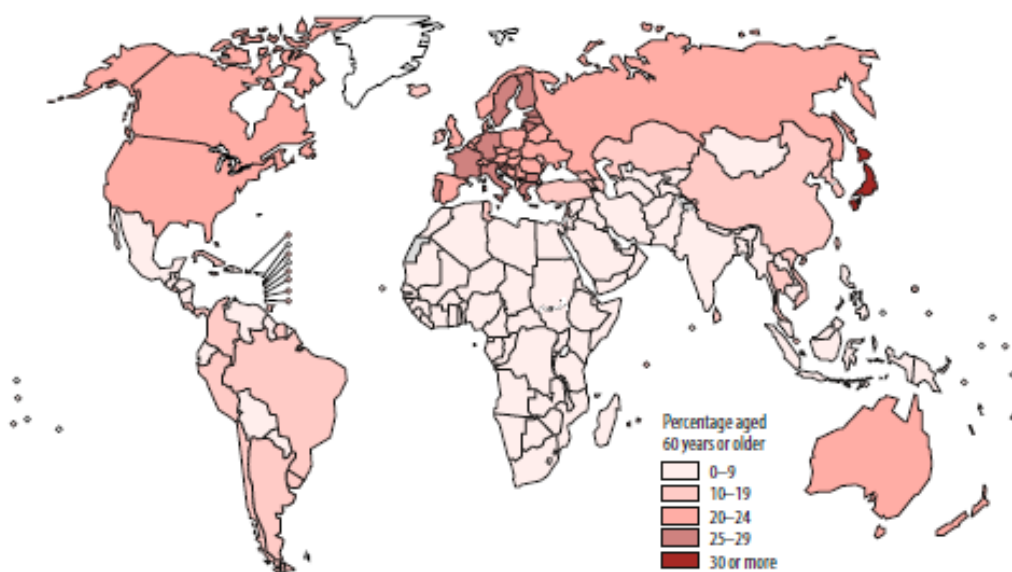


Figura 2 - Proporção da população com 60 anos ou mais, por país, em 2015 (adaptado da World Health Organization, 2015)

O aumento da esperança média de vida observado nas populações atuais está estreitamente ligado às melhorias verificadas no acesso aos cuidados de saúde, na educação e na qualidade de vida (OECD, 2017). Associado ao decréscimo da natalidade, o aumento da esperança média de vida conduziu ao envelhecimento das populações, caracterizado pelo desequilíbrio entre o número de pessoas com mais de 65 anos de idade e o número de pessoas com menos de 15, mais pronunciado nos países ditos desenvolvidos (Figura 2).

Em Portugal, a esperança média de vida situa-se atualmente nos 80,78 anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2019a). No ano 2017, por cada 100 jovens com idade inferior a 15 anos existiam 155 adultos com idade igual ou superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2019b). Esta tendência demográfica faz-nos prever que

estejamos brevemente perante um cenário em que a população será dominada pelo grupo etário acima dos 65 anos, o que coloca vários desafios à sociedade.

Se os anos de vida ganhos pelos cidadãos forem vividos com pouca saúde, haverá necessidade de adequar as respostas da sociedade ao nível dos serviços de apoio social e de saúde para amparar esta população mais idosa.

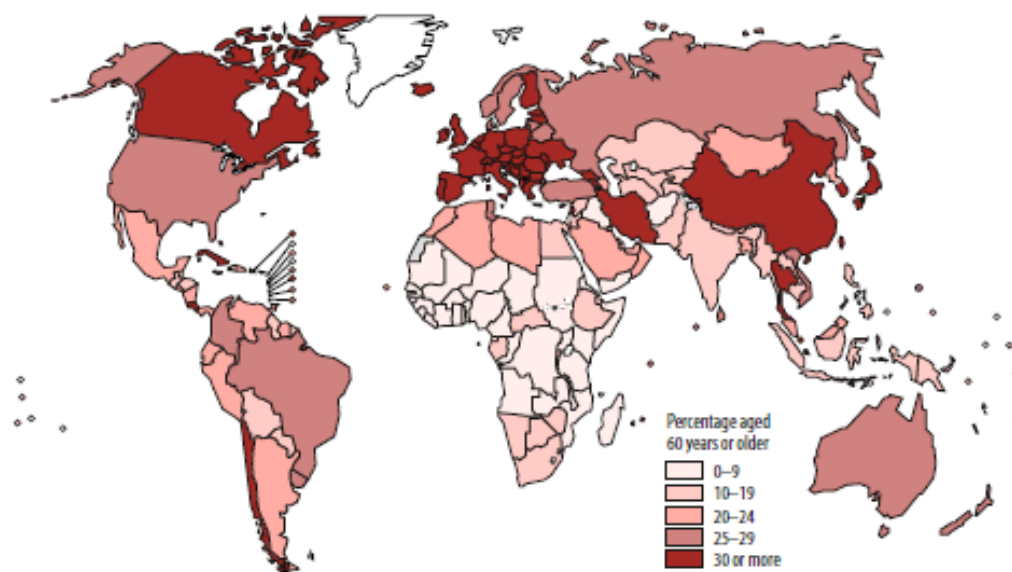


Figura 3 - Projeções para o ano de 2050 sobre a proporção da população com 60 anos ou mais, por país (World Health Organization, 2015)

2. Envelhecimento e carga de doenças

O aumento da idade traz agregado a si um fator de risco para o aumento da carga de doenças, principalmente as relacionadas com a deterioração física (p.e. aparecimento de doenças crónicas e respiratórias, fragilidade física), psicológica (p.e. declínio cognitivo) e também social (p.e. perdas na rede social, alteração de papéis na sociedade). É por este motivo que, associado ao envelhecimento da população, observamos um aumento dos anos de vida não saudáveis (Figura 4) e da prevalência de doenças vulgarmente ligadas ao processo de envelhecimento biológico, tais como a diabetes, a hipertensão arterial, o cancro, as doenças cardiovasculares e as doenças neurodegenerativas. Ao nível social, a solidão, o isolamento, a dependência física e/ou mental, a estigmatização e os riscos económicos poderão também contribuir para o aumento da carga de doenças na população (Direcção-Geral da Saúde, 2017).

A demência é uma das doenças influenciadas pela envelhecimento biológico e pelo isolamento social. Segundo a OMS, a demência é atualmente a quinta causa de morte a nível global e afeta cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, esperando-se que este número aumente para os 82 milhões, em 2030 (World Health Organization, 2017a,b). Mantendo-se esta tendência, o número de pessoas doentes atingirá 152 milhões em 2050 (World Health Organization, 2018b).

Portugal conta com um dos valores mais altos da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) na prevalência de demência, com 20 casos diagnosticados por cada mil habitantes, sendo que a média dos países da OCDE se situa nos 14,8 casos por cada mil habitantes (OCDE, 2017).

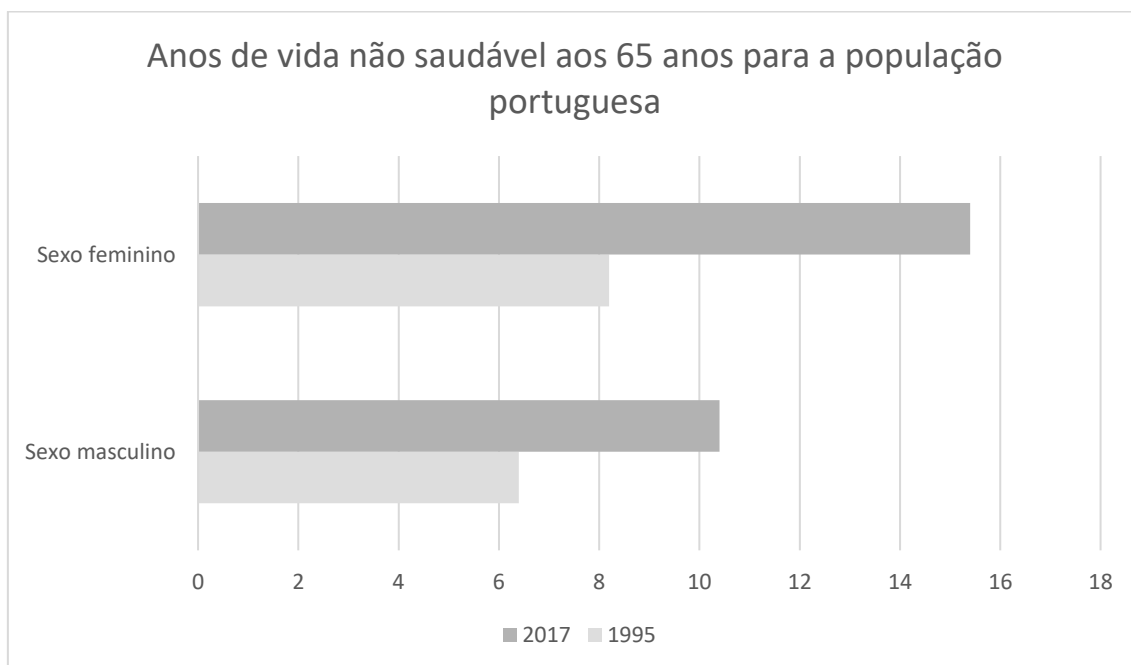


Figura 4 - Anos de vida não saudável para a população portuguesa. Comparação entre os anos de 1995 e 2017 (Fontes: Eurostat a partir de dados de Entidades Nacionais, Eurostat a partir de dados de Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA).

3. O envelhecimento cognitivo e a demência

A funcionalidade cognitiva inclui múltiplas capacidades mentais, tais como a aprendizagem, o pensamento, a memória, a resolução de problemas e a atenção (Fisher et al., 2019). A trajetória destas capacidades mentais apresenta uma considerável variabilidade intraindividual ao longo da vida do organismo e também ao longo da sua

vida profissional ativa (Klein et al., 2015; McArdle, Hamagami, Meredith, & Bradway, 2000; Schaie, 1994 *in* Fisher et al., 2019).

Dado que o envelhecimento do organismo (senescência celular) decorre a ritmos diferentes em diferentes sistemas de órgãos, o declínio das funções cognitivas é também abrangido por esta heterogeneidade. A linguagem, a compreensão e a leitura, por exemplo, tendem a manter-se constantes até idades mais avançadas sofrendo menos com o processo de deterioração (World Health Organization, 2015). Pelo contrário, a capacidade para resolver problemas em situações novas, o pensamento e a velocidade de processamento da informação tendem a diminuir, consideravelmente, com o avanço da idade (Klein et al., 2015; McArdle, Hamagami, Meredith, & Bradway, 2000; Schaie, 1994 *in* Fisher et al., 2019).

Alterações na estrutura neuronal, perda de sinapses e disfunção neuronal são algumas das mudanças estruturais e funcionais que ocorrem no cérebro e que acompanham o envelhecimento biológico (Murman, 2015). As doenças associadas à idade aceleram o ritmo de disfunção e da perda neuronal e, conseqüentemente, o declínio cognitivo que, nalgumas pessoas, é de tal modo acentuado que compromete a sua capacidade para desenvolver as atividades do dia-a-dia (Murman, 2015). Há cada vez mais estudos cujos resultados sugerem que os estilos de vida mais saudáveis podem desacelerar a velocidade do declínio cognitivo ao retardar o aparecimento das doenças associadas à idade (Murman, 2015).

O termo “demência” descreve um conjunto de sintomas associados ao declínio crónico da funcionalidade cognitiva, afetando a memória, o raciocínio, o comportamento, a capacidade intelectual e as competências sociais e emocionais, interferindo assim na habilidade da pessoa viver o seu dia-a-dia com normalidade (Knopman & Selnes, 2012; Alzheimer Europe, 2018; Alzheimer Portugal, 2018; National Institute on Aging, 2018; World Health Organization, 2018a). A forma mais comum de demência é a Doença de Alzheimer, correspondendo a cerca de 60 a 70% dos casos diagnosticados (World Health Organization, 2012, 2018a; OECD, 2017). Outras manifestações de demência mais comuns são a Demência Vascular, a Demência de Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (World Health Organization, 2012, 2018b; Alzheimer Portugal, 2018). Apesar da demência ser uma doença associada genericamente ao avanço da idade, esta não faz parte do normal processo de envelhecimento humano, sendo que afeta também

peessoas abaixo dos 65 anos de idade, apesar de em menor número (World Health Organization, 2012, 2018a; National Institute on Aging, 2018). De acordo com a OMS, os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de demência são, ao nível da saúde, a hipertensão, a diabetes, a inatividade física e o consumo de álcool e tabaco. Já no que toca a questões sociodemográficas e psicossociais, os fatores de risco são, respetivamente, o baixo nível de escolaridade, o isolamento social, a depressão e a falta de atividades de natureza estimulante a nível cognitivo (World Health Organization, 2012, 2018a; Alzheimer's Disease International, 2018). A presença do alelo e4 do gene APOE tem sido considerado um fator de risco tanto no desenvolvimento de formas hereditárias da doença de Alzheimer como nos casos esporádicos, contribuindo para o aumento do risco em presença de outros fatores de suscetibilidade descritos anteriormente. Existem ainda outros genes relacionados com a doença de Alzheimer na variante familiar, tais como os genes que codificam a Presenilina 1, a Presenilina 2 e a proteína precursora da amiloide (Reiman et al., 1996; Schipper, 2011; Albuquerque et al., 2016).

Portugal conta com um dos valores mais altos da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) na prevalência de demência na população, com 20 em cada mil habitantes diagnosticados com demência, sendo que a média dos países da OCDE se situa nos 14,8 casos em cada mil habitantes (OECD, 2017). Além da elevada prevalência de demência na população, Portugal é o terceiro país com o maior índice de envelhecimento da Europa, atingindo um índice de 153,2% para o ano de 2017 (Figura 5) (Pordata, 2019).

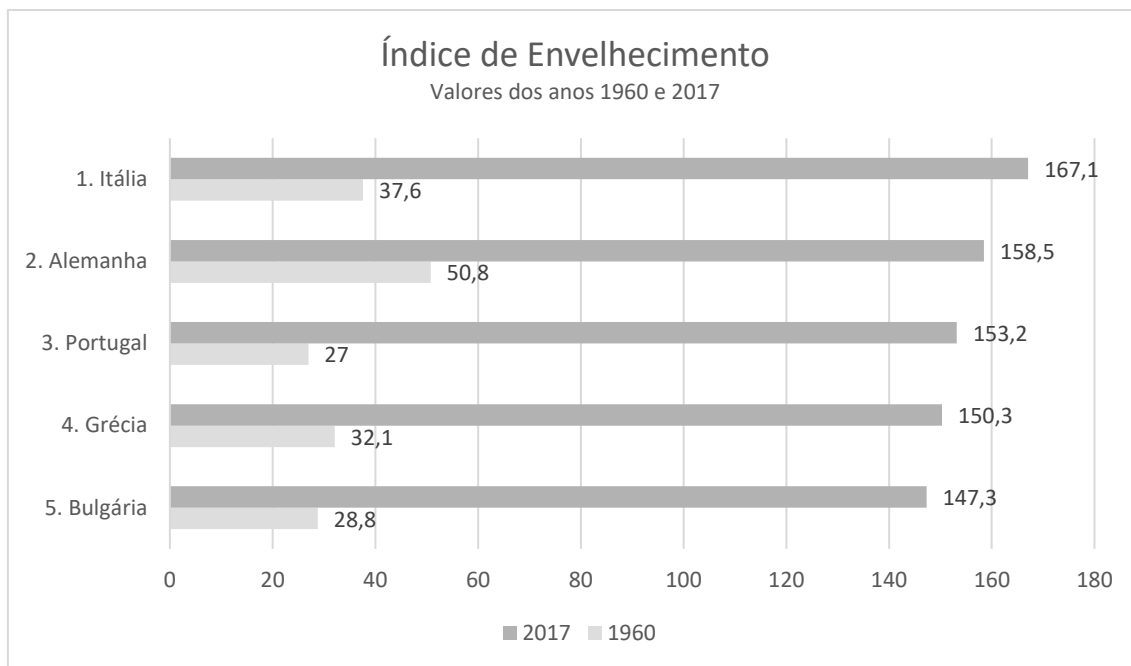


Figura 5 - Índice de envelhecimento. Comparação entre os anos de 1960 e 2017 a nível europeu. imagem adaptada de PORDATA - Base de Dados do Portugal Contemporâneo (2019) (Fontes: Eurostat; NU; Institutos Nacionais de Estatística. PORDATA)

3.1. A teoria da Reserva Cerebral e Reserva Cognitiva

A teoria da reserva cerebral defende que a variação fenotípica observada ao nível da estrutura do cérebro inclui configurações mais tolerantes ao efeito nefasto das patologias afetas à cognição. Um cérebro mais largo, por exemplo, poderá suportar um número maior de alterações até que surja um declínio evidente, devido à existência de substrato neural em quantidade suficiente para suportar o normal funcionamento do cérebro (Steffener & Stern, 2012; Stern, 2012). Já a reserva cognitiva refere-se à capacidade que um indivíduo tem de fazer um uso eficiente e flexível da reserva cerebral e das redes neuronais, conferindo uma maior resiliência e atrasando a notoriedade de possíveis déficits já existentes (Steffener & Stern, 2012; Stern, 2012). Quanto maior é reserva cognitiva, menor é o risco de desenvolver demência devido aos mecanismos de adaptação perante défices que possam aparecer.

A reserva cognitiva é uma característica dinâmica influenciada por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, tais como a carga genética, o nível de escolaridade e o estilo de vida (Scarmeas & Stern, 2003; Stern, 2009; Steffener & Stern, 2012). As atividades físicas e de lazer, por exemplo, contribuem para aumentar a reserva cognitiva. Contudo, quando existe um quadro de demência em algum sujeito que possua

uma grande reserva cognitiva, é porque o nível de deterioração estrutural é muito elevado (Scarmeas & Stern, 2003; Stern, 2012).

3.2. Formas mais comuns de demência

3.2.1. Doença de Alzheimer

A forma de demência mais comum a nível global é a Doença de Alzheimer, correspondendo a cerca de 70% dos casos (Albuquerque et al., 2016; World Health Organization, 2018a). Este subtipo de demência pode ser caracterizado, genericamente, por uma deterioração global, progressiva e irreversível de uma ou mais funções cognitivas, tais como a memória, a atenção, a concentração, a linguagem, pensamento, entre outras (Knopman & Selnes, 2012; Albuquerque et al., 2016).

Tem sido observado que as mudanças neurodegenerativas que podem conduzir à Doença de Alzheimer começam a desenvolver-se cerca de 20 anos antes do aparecimento dos primeiros sintomas (Slot et al., 2019). A Doença de Alzheimer apresenta-se em dois tipos distintos, o esporádico, que se caracteriza por um aparecimento da doença em idade mais avançada, e o familiar, que, para além de um aparecimento mais precoce, se define pela hereditariedade de mutações dos genes que codificam a proteína precursora da amiloide, a presenilina 1 e a presenilina 2 (Grazina et al., 2006; Albuquerque et al., 2016).

A Doença de Alzheimer caracteriza-se por 3 etapas distintas:

1) a fase pré-clínica/ fase inicial, onde não existe manifestação da doença, mas já é possível observar alterações neurodegenerativas (World Health Organization, 2012; Albuquerque et al., 2016);

2) a fase de défice cognitivo ligeiro/ fase intermédia, onde já existe sintomatologia, mas ainda existe autonomia por parte da pessoa para realizar as suas atividades de vida diária. Nesta fase a doença manifesta-se maioritariamente com dificuldades notórias a nível da memória e da aprendizagem (American Psychiatric Association, 2013, sec. Neurocognitive Disorders; Albuquerque et al., 2016);

3) a fase de demência/ fase avançada, o individuo já se encontra incapacitado de manter as suas atividades de vida diária de forma independente a nível físico e mental (World Health Organization, 2012; American Psychiatric Association, 2013, sec. Neurocognitive Disorders; Albuquerque et al., 2016) .

Os fatores de risco não modificáveis para a Doença de Alzheimer são o gene APOE E4 na variante homozigótica e heterozigótica (Reiman et al., 1996; Frikke-Schmidt et al., 2001; Albuquerque et al., 2016) e a presença de determinadas variantes dos genes que codificam a proteína precursora da amiloide, a presenilina 1 e a presenilina 2 (Grazina et al., 2006; Albuquerque et al., 2016).

No que se refere aos fatores de risco modificáveis para a Doença de Alzheimer podemos encontrar as doenças cardiovasculares (p.e. hipertensão), a diabetes, a inatividade física, a falta atividade e estimulação cognitiva (p.e. ler, socializar), níveis baixos de escolaridade e o consumo de álcool e tabaco (World Health Organization, 2012, 2018b; Albuquerque et al., 2016; National Institute on Aging, 2018a). Outro fator de risco que pode ser considerado é a associação, descoberta através do estudo de uma coorte populacional de Londres (Reino Unido), entre a poluição atmosférica e o desenvolvimento de Doença de Alzheimer (Carey et al., 2018).

3.2.2. Demência Vascular

Associada a problemas da circulação do sangue para o cérebro, a Demência Vascular define-se por poder resultar de lesões vasculares, conduzindo a possíveis alterações cognitivas e motoras (Sá Esteves et al., 2016a). Os tipos mais comuns de Demência Vascular, no quadro da Doença de grandes vasos, são a demência por multienfartes que, tal como o nome indica, resulta de diversos enfartes de localização cortical e/ou subcortical, e a demência por enfarte estratégico, que acaba por ser menos recorrente que o primeiro tipo, sendo resultante de lesões únicas em locais onde se situam mecanismos importantes, levando assim a um impacto maior a nível cognitivo (Sá Esteves et al., 2016a). No quadro da Doença de pequenos vasos, a forma mais frequente, e a mais comum de Demência Vascular, é o estado lacunar. O estado lacunar é o resultado de enfartes subcorticais, que normalmente assumem pequenas dimensões (Sá Esteves et al., 2016a).

Menos frequentes são a Doença de Binswanger (encefalopatia isquémica subcortical) e as que resultam de fatores de risco não modificáveis relacionados com a vertente familiar. A vertente familiar mais comum da Demência Vascular é a CADASIL (Arteriopatia cerebral autossómica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia), que se define pela associação de enfartes de localização subcortical com a leucoencefalopatia. Outra vertente cujo fator de risco é hereditário, mas menos

comum, é a AAC (Angiopatia Amiloide Cerebral) que, devido à acumulação e depósito de amiloide nas artérias corticais e leptomeníngicas, pode levar a um aparecimento mais rápido de isquemia ou degeneração (Gray et al., 1985 & Gahr et al., 2013 *in* Sá Esteves et al., 2016).

Os fatores de risco para a Demência Vascular podem ser também divididos entre fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis. Entre os fatores de risco não modificáveis estão a idade superior a 70 anos, ser do sexo masculino, não caucasiano, baixo peso à nascença e ainda fatores genéticos. Nos fatores de risco modificáveis estão o baixo nível de escolaridade, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, o tabagismo, o alcoolismo, a apneia do sono, aterosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, níveis elevados de colesterol, a doença coronária e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Sá Esteves et al., 2016a). Muitos dos fatores de risco modificáveis podem ser contornados através de um estilo de vida mais saudável e ativo, com atenção a uma alimentação mais cuidada e à prática de exercício físico.

A Demência Vascular é a segunda causa mais frequente de demência a nível global (World Health Organization, 2012, 2018b; Sá Esteves et al., 2016a; Alzheimer Portugal, 2019) e a primeira em Portugal, segundo estudos mais recentes da Universidade do Porto, tendo assumido 52,8% dos casos de demência em oposição aos 36,1% de Doença de Alzheimer numa coorte populacional da área metropolitana do Porto, representativa da população portuguesa (Ruano et al., 2019).

3.2.3. Demência com Corpos de Lewy

A Demência com Corpos de Lewy define-se pelo aparecimento de défices cognitivos de carácter flutuante, sintomas de parkinsonismo e alucinações visuais, devido à degeneração e morte de células nervosas do cérebro (Sá Esteves et al., 2016b; National Institute on Aging, 2018b). Esta degeneração e morte de células nervosas no cérebro está relacionada com a retenção anormal da proteína alfa-sinucleína no cérebro (National Institute on Aging, 2018b). Os fatores de risco para esta forma de demência não são ainda bem conhecidos, mas, até ao momento, são tidos como fatores de risco quase certos a idade, superior a 50 anos, e ainda a Doença de Parkinson e o Transtorno comportamental do sono REM (Sá Esteves et al., 2016b; National Institute on Aging, 2018b).

3.2.4. Demência Frontotemporal

Com fatores de risco apenas genéticos e de aparecimento mais frequente entre os 45 e os 70 anos, a Demência Frontotemporal caracteriza-se pela degeneração de um ou ambos os lobos frontais e temporais do cérebro, resultante de danos nos neurónios (Sá Esteves et al., 2016c; National Institute on Aging, 2019). Os sintomas mais comuns são comportamentos não habituais para o doente, problemas emocionais, dificuldades na comunicação ou dificuldades motoras (Sá Esteves et al., 2016c; National Institute on Aging, 2019).

4. A Solidão e o Isolamento Social

Diversos estudos têm sugerido a possível ligação entre o sentimento de solidão e o desenvolvimento de demência e de outros problemas de saúde (Ellwardt et al., 2013; Wilson et al., 2014; Kuiper et al., 2015; Kim et al., 2016; McHugh et al., 2016; Leigh-Hunt et al., 2017). Nestes estudos, a fraca interação social foi associada a uma maior incidência de demência (Ellwardt et al., 2013; Kuiper et al., 2015). Foram também identificados como fatores de risco, a falta de atividades sociais e de lazer, a ausência de uma rede de suporte com qualidade ou um bem-estar pobre (He et al., 2000; Ellwardt et al., 2013; Kuiper et al., 2015). Contudo, de todos os fatores de risco conhecidos para a demência, o sentimento de solidão é o que mais se destaca.

O isolamento social define-se pela falta de interações sociais com outros indivíduos ou na comunidade onde se vive (Leigh-Hunt et al., 2017). Já a solidão caracteriza-se por ser um fenómeno multidimensional, podendo ser positiva ou negativa, consoante a perceção do indivíduo. Na sua forma negativa, a solidão é um sentimento que tem origem na falta de relações ou da falta de qualidade das relações que um indivíduo mantém. Este sentimento resulta da perceção de cada um no que toca à sua relação com os outros, das experiências e da avaliação do seu isolamento e da falta de comunicação com as outras pessoas (De Jong Gierveld, 1998; Hazer & Boylu, 2010; Wilson et al., 2014; McHugh et al., 2016).

Os determinantes da solidão mais relevantes são a perda de um parceiro e a deterioração do estado de saúde (De Jong Gierveld, 1998). Outros fatores de risco são o género, a composição do agregado familiar, as características das relações familiares e não familiares, o meio sociocultural onde cada sujeito se insere, o tipo de zona da residência e a personalidade dos indivíduos (De Jong Gierveld, 1998).

4.1. A influência da solidão na saúde

A literatura tem vindo a sugerir que a solidão e o isolamento social são grandes fatores de risco quer para a saúde física, quer para a saúde mental, tendo sido já associados a mal estar na saúde (Ong et al., 2016; Coleman & O’Hanlon, 2017; Leigh-Hunt et al., 2017). O aumento do risco de morbilidade e mortalidade, em indivíduos em isolamento social, foi associado à maior probabilidade de estes adotarem e manterem comportamentos menos saudáveis devido ao número reduzido de contactos sociais que possam dar apoio e alertar para os efeitos nefastos de tais comportamentos. A fraca rede social e de suporte favorece a tendência para o isolamento, promovendo assim um ciclo vicioso que aumenta cada vez mais os sentimentos de solidão presentes no indivíduo (Coleman & O’Hanlon, 2017; Leigh-Hunt et al., 2017).

Em adultos mais idosos, a solidão é tida como um fator facilitador da sintomatologia depressiva, da diminuição do bem-estar subjetivo, do aumento de défices cognitivos (incluindo a progressão para estados demenciais), de problemas de sono, de limitações motoras e funcionais devido à fraca atividade física, da diminuição da imunidade e do aumento de doenças cardiovasculares (tal como maior propensão para a hipertensão) (Figura 6) (He et al., 2000; Coyle & Dugan, 2012; Stern, 2012; Ellwardt et al., 2013; Cacioppo et al., 2014; Wilson et al., 2014; Ferreira-Alves et al., 2014; Kuiper et al., 2015; Peerenboom et al., 2015; McHugh et al., 2016; Ong et al., 2016). Sendo que níveis elevados de solidão têm sido associados a um bem-estar e qualidade de vida mais pobres, podemos assim considerar a solidão como um marcador para o estado de saúde social, emocional, cognitivo e físico (Coleman & O’Hanlon, 2017; Donovan et al., 2017).

O isolamento social constitui um dos grandes desafios para as populações envelhecidas. Em Portugal, a grande maioria da população sénior vive sozinha ou acompanhada por outras pessoas da mesma faixa etária, com um baixo nível de

escolaridade e em risco de pobreza (Rosa, 2012 *in* Vilar, 2015), o que pode potenciar o isolamento social e, conseqüentemente, o isolamento emocional ou solidão.

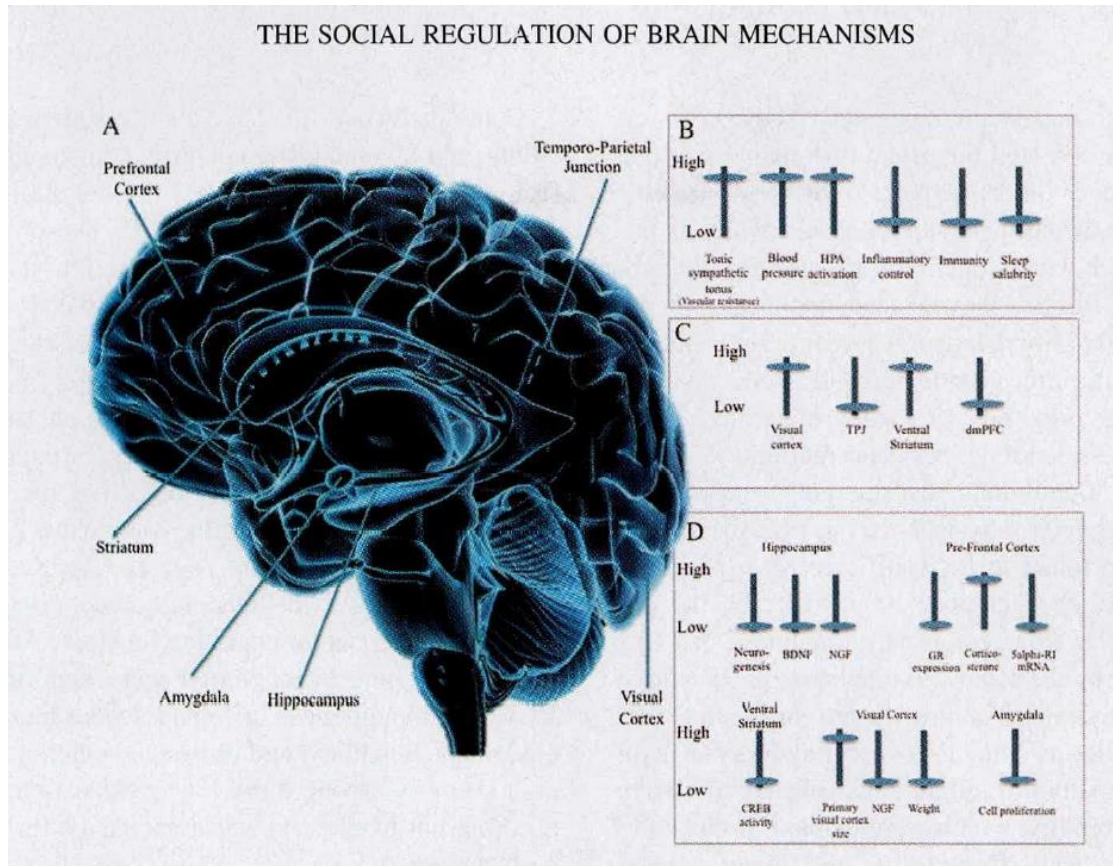


Figura 6 - Representação esquemática de um cérebro isolado socialmente. A: Anatomia do cérebro humano isolado. Corte sagital do cérebro humano. A maioria das áreas do cérebro humano mostram estar relacionadas com o isolamento social percebido (solidão) estão identificadas. B: Efeitos da solidão na biologia. A solidão em humanos está associada com maior resistência vascular tónica, pressão arterial e a ativação da hipófise hipotalâmica adrenocortical (HPA), fraco controlo inflamatório, imunidade e salubridade do sono. C: Efeitos da solidão na ativação do cérebro humano. Os indivíduos que se sentem sozinhos, comparados com os que não se sentem, veem imagens desagradáveis de pessoas versus objetos, mostram maior ativação do córtex visual e menor ativação da junção temporo-parietal (TPJ). Os indivíduos que se sentem sozinho mostram também maior ativação do estriado ventral a objetos agradáveis invés de pessoas, enquanto os indivíduos que não se sentem sozinhos mostram a reação oposta. Uma menor ativação do córtex prefrontal dorsomedial (dmPFC) é também observado quando os indivíduos que sentem sozinho veem cenários sociais negativos. D: Efeitos do isolamento social nos mecanismos e estruturas do cérebro (baseado em modelos animais).

Copyright © Hank Grebe/VisualPhotos (retirado e adaptado de (Cacioppo et al., 2014))

Na última década foi registado um aumento significativo da prevalência das demências na população portuguesa (Figura 7). Um estudo realizado por Nunes e colaboradores, publicado em 2010 na *BMC Neurology*, analisou a prevalência e o padrão de déficit cognitivo em populações do meio rural e urbano do norte de Portugal, sugerindo que a prevalência de demência e de outros déficits cognitivos é maior na população rural do que na urbana (Nunes et al., 2010). Já um estudo realizado no sul do país, produziu resultados similares ao nível da diferença nos valores de prevalência de demência entre o meio urbano e o meio rural (Gonçalves-Pereira et al., 2017). Porém, não foram ainda muito exploradas as diferenças ao nível do ambiente social e do estilo de vida que possam influenciar a discrepância entre os dois tipos de áreas residenciais.

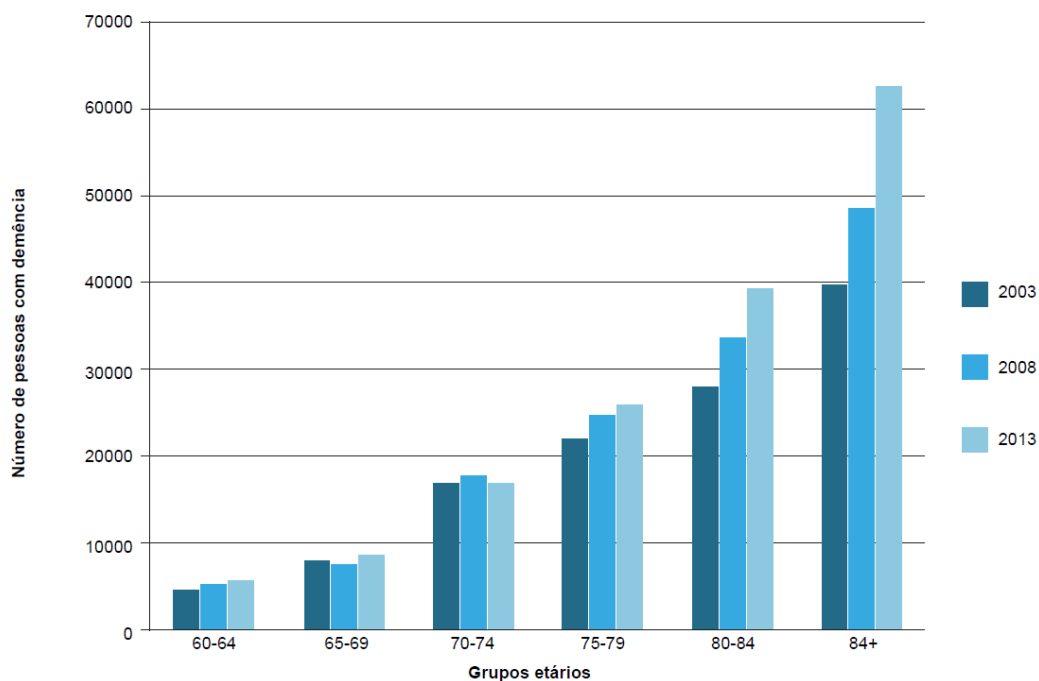


Figura 7 - Número de pessoas com demência em Portugal por grupos etários (retirado de Santana et al., 2015)

5. Objetivos

O objetivo principal deste estudo foi determinar se o sentimento de solidão se encontra associado estatisticamente ao declínio cognitivo numa amostra de pessoas idosas residentes na Região Centro, em zonas rurais e urbanas. A solidão foi avaliada pela Escala de Solidão da Universidade da Califórnia. O bem-estar subjetivo e psicossocial foi avaliado por diversos instrumentos, tais como a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben, a Escala de Afetividade Positiva e Negativa, e a Escala de Bem-Estar Subjetivo. O estado cognitivo foi avaliado pelo Mini Mental State Examination, instrumento amplamente usado em contexto de investigação.

A investigação tem ainda como objetivos:

- ▶ Verificar em que meio existe maior incidência de casos de declínio cognitivo (meio urbano, meio periurbano ou rural);
- ▶ Ver que outros fatores socioeconómicos e psicossociais, podem estar associados estatisticamente ao declínio cognitivo;
- ▶ Averiguar que fatores socioeconómicos e psicossociais podem estar associados estatisticamente ao aparecimento e persistência do sentimento de solidão na população residente na Região Centro.

Materiais e Metodologia

6. Material e Metodologia

6.1. Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 72 indivíduos com idades compreendidas entre os 64 e os 96 anos, com e sem défice cognitivo, residentes entre o litoral e o interior do distrito de Coimbra, sendo 54 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Os participantes foram recrutados em Universidades Seniores (N=18), Centros de Dia (N=28), Centro de Convívio (N=10) e Lares (N=16).

A aproximação aos participantes deste estudo foi feita, primeiramente, através do contacto com os responsáveis das instituições, seguindo-se de uma abordagem mais pessoal com os utentes, apresentando o estudo no início das aulas (no caso das Universidades Seniores) ou com o apoio das animadoras (no caso dos Centros de Dia, Centro de Convívio e Lar). Foram assim contactadas com sucesso a Aposenior, a Universidade Sénior da Figueira da Foz, a Geração Irresistível, a ABCD de S. Romão, o Centro Operário e Católico da Conchada e a Cáritas Diocesana de Coimbra (Centro de Dia da Nossa Senhora da Boa Viagem e Estrutura Residencial Divino Salvador).

6.2. Metodologia

Através do método de entrevista, e recorrendo a questionários de resposta fechada, procedeu-se à avaliação:

- a) do bem-estar psicossocial dos sujeitos (*Escala de Satisfação com a Vida - SWLS*);
- b) da autoestima (*Escala de Autoestima de Rosenberg – ROS*);
- c) da afetividade (*Escala de Afetividade Positiva e Negativa - PANAS*);
- d) das relações pessoais e o nível de isolamento (*Escala de Redes Sociais de Lubben - LSNS-6*);
- e) da sintomatologia depressiva (*Escala de Depressão Geriátrica - GDS*);
- f) do nível de solidão encontrado neste grupo (*Escala de Solidão da Universidade da Califórnia - UCLA LS*).

Para a avaliação cognitiva dos participantes foi aplicado o *Mini Mental State Examination* (MMSE) devido à facilidade da sua aplicação, ampla utilização em contexto clínico e de investigação e por já estar validado e adaptado à população portuguesa.

A caracterização sociodemográfica dos participantes foi feita através de um questionário sociodemográfico e um questionário sobre o estilo de vida (Anexo 1). No

primeiro questionário referido, além das questões mais normativas sobre naturalidade, residência, estado civil, escolaridade e profissão tida antes da reforma, foi ainda questionado com quem residiam, se tinham e filhos (e caso a resposta fosse positiva, quantos tinham), e, nos casos de viuvez, há quanto tempo o eram. Já no segundo questionário, os participantes foram inquiridos sobre se tinham algum passatempo, quais os seus hábitos de leitura e de atividade física, se eram ou não fumadores e se eram praticantes de alguma dieta alimentar particular.

Durante todo o processo foi garantido o anonimato dos dados fornecidos pelos participantes e os mesmos foram esclarecidos sobre a utilização dos dados recolhidos, tendo sido obtida a respetiva autorização através da declaração de consentimento informado.

6.2.1. Questionários de Resposta Fechada

6.2.1.1. Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al. 1985; tradução e adaptação à população portuguesa por Simões, 1992)

A *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS) de Diener e colaboradores caracteriza-se por ser um indicador da autoapreciação da qualidade de vida e satisfação dos sujeitos com a sua vida (Oliveira et al., 2007, 2016). Esta escala tipo Likert é composta por 5 itens, com 5 níveis de resposta distintas para cada item. O valor médio registado para a população idosa portuguesa desta escala é de 15,62 (Simões et al., 2003).

6.2.1.2. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; tradução e adaptação à população portuguesa por Simões & Lima, 1992)

A *Escala de Autoestima de Rosenberg* (ROS) tem como fim avaliar os sentimentos que o indivíduo tem sobre si próprio a nível global, sendo constituída por 10 itens, com 5 níveis de resposta distinta para cada item numa escala tipo Likert, com a pontuação a variar entre os 10 e os 40 pontos (Oliveira et al., 2016). O valor médio para a população portuguesa é de 32,79 (Simões et al., 2003).

6.2.1.3. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (Watson, Clark & Tellegen 1988; tradução e adaptação da população portuguesa por Simões, 1993)

Adaptada e validada para a população portuguesa e usada na medição da componente afetiva do bem-estar subjetivo dos indivíduos, a *Escala de Afetividade Positiva e Negativa* (PANAS) é dividida em duas dimensões gerais que podem definir a experiência afetiva das pessoas: Afeto Positivo (PA) e Afeto Negativo (NA) (Watson et al., 1988; Pais-ribeiro, 2005). Uma pontuação elevada de Afeto Negativo vem espelhar

uma mal-estar subjetivo forte do sujeito. Já pontuações elevadas de Afeto Positivo vêm demonstrar um bem-estar subjetivo generalizado do indivíduo. Ao contrário das outras escalas de bem-estar psicossocial usadas neste estudo, a PANAS não conta com uma pontuação conjunta das duas dimensões pela qual é composta.

6.2.1.4. Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (Lubben, 1988; adaptação portuguesa Ribeiro et al., 2012)

Desenvolvida especialmente para adultos mais velhos, a *Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* (LSNS-6) tem como mote a avaliação da integração social e o risco de isolamento de idosos na comunidade (Ribeiro et al., 2012). A LSNS-6 foi adaptada e validada para a população portuguesa em 2012, tendo como valor de corte o número 12 para a soma das duas subescalas segundo a escala original, e valores médios de corte para cada grupo etário (Tabela 1). Valores abaixo do indicado, segundo os autores, apontam que existirá isolamento social.

Tabela 1 - Média e desvio padrão para a versão portuguesa da LSNS-6 de acordo com grupos etários (Ribeiro et. al, 2012)

LSNS-6	Total		Família		Amigos	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
65 – 74 anos	19,8	5,9	10,6	3,1	9,3	3,7
75 - 84 anos	17,8	6,8	9,9	3,5	7,9	4,2
85 ou mais anos	18,9	6,3	11,4	3,1	7,5	4,0

6.2.1.5. Escala de Solidão da Universidade da Califórnia (Russell 1996; tradução e adaptação portuguesa, Pocinho & Farate 2005)

A *Escala de Solidão da Universidade da Califórnia* (UCLA LS) tem por objetivo a avaliação dos sentimentos subjetivos de solidão ou de isolamento social. Adaptada para a população portuguesa e validada para a população portuguesa por Pocinho e Farate em 2005, a escala é composta por 16 itens e avalia a dimensão do isolamento social e as afinidades, sendo que os valores totais da pontuação variam entre os 16 e os 64 pontos. O valor de corte para a população portuguesa é de 32, sendo que valores superiores indicam sentimentos negativos de solidão (Russell, 1996; Pocinho et al., 2010).

6.2.1.6. Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage 1983; tradução e adaptação portuguesa de Barreto et al., 2008)

De forma a perceber a influência da solidão nos sintomas depressivos e no declínio cognitivo na amostra em estudo, recorreu-se à *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS). Adaptada e validada inicialmente para a população portuguesa por Veríssimo em 1998, a GDS é composta por 30 itens e tem por objetivo o rastreio da sintomatologia depressiva nos idosos, avaliando os domínios afetivo e cognitivo (Barreto et al., 2008; Simões et al., 2015, 2016). A pontuação desta escala varia entre os 0 e os 30 pontos, sendo que pontuações: entre os 0 e os 10 correspondem a ausência de sintomatologia depressiva; entre os 11 e os 20 pontos correspondem a sintomatologia depressiva ligeira; e, entre os 21 e 30 pontos correspondem a sintomatologia depressiva grave (Simões et al., 2015, 2016).

6.2.2. Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptação e validação à população portuguesa de Guerreiro et al., 1994)

A avaliação cognitiva de cada um dos participantes foi feita com recurso à versão validada e adaptada do *Mini Mental State Examination* (MMSE) para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994). Usado amplamente a nível global em contexto de investigação e na saúde para rastreio de défice cognitivo, é composto por 30 itens que avaliam seis domínios cognitivos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade construtiva (Morgado et al., 2009; Santana et al., 2016). Os valores de corte do MMSE utilizados aqui são aqueles apresentados por Morgado (Morgado et al., 2009) devido a uma maior adequação dos mesmos a este estudo.

6.3. Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software IBM SPSS Statistics (*Statistics Package for Social Sciences*), versão 23. Primeiramente, foi feita a estatística descritiva para cada uma das variáveis (média, valores mínimo e máximo, diagrama de extremos e quartis (*box-plot*) e desvio padrão) e o cálculo da frequência absoluta e relativa.

Para testar a associação entre as variáveis e construir um modelo preditivo recorreu-se à Regressão Linear Múltipla com seleção sequencial de variáveis *Backward*. A Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) forneceu os valores para a variável dependente. A Zona de residência, Escolaridade, Exercício Físico, UCLA LS, GDS,

SWLS, ROS, Afetividade Positiva, Afetividade Negativa, LSNS-6 Família e LSNS-6 Amigos foram incluídas no modelo como variáveis independentes.

Foi repetido o mesmo procedimento, onde a Escala de Solidão da UCLA (UCLA LS) forneceu os valores para a variável dependente. A Zona de residência, Escolaridade, MMSE, GDS, SWLS, ROS, Afetividade Positiva, Afetividade Negativa, LSNS-6 Família e LSNS-6 Amigos foram incluídas no modelo como variáveis independentes.

Para testar a confiabilidade da amostra perante os instrumentos psicossociais usados, foi aplicado o *Alfa de Cronbach* (Anexo 2).

Em todos os testes foi considerada a probabilidade de erro tipo I (α) de 0,05.

Resultados e Discussão

7. Resultados

7.1. Análise descritiva

A amostra deste estudo é composta por 72 idosos, com idades entre os 64 e os 96 anos, sendo 75% da amostra do sexo feminino (N=54) e 25% da amostra do sexo masculino (N=18). A idade média da amostra é igual a 81 anos (M=80,96; DP=8,10) (Figura 8). Os participantes foram distribuídos por 3 grupos etários focais:

- 60 aos 69 anos (N=9), correspondendo a 12,5% da amostra;
- 70 aos 79 anos (N=18), correspondendo a 25% da amostra;
- 80 anos ou mais (N=45), correspondendo a 62,5% da amostra.

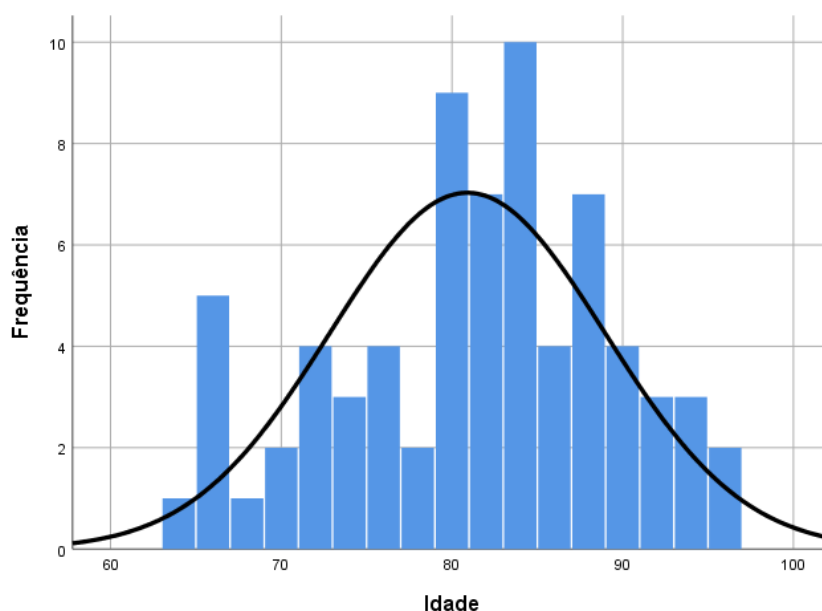


Figura 8 - Frequência de idades da amostra

Das 72 pessoas inquiridas, 36 (50%) foram incluídas no grupo controlo, 27 (37,5%) foram incluídas no grupo com défice cognitivos (segundo a classificação do MMSE para cada grupo etário e escolaridade) sem diagnóstico clínico e 9 (12,5%) foram incluídas no grupo de pessoas com diagnóstico clínico de demência.

Tabela 2 - Características demográficas e estilo de vida da amostra

Características demográficas e estilo de vida	N(%)
Sexo	
Feminino	54 (75)

	Masculino	18 (25)
Grupo Etário		
	60-69 anos	9 (12,5)
	70-79 anos	18 (25)
	80 anos ou mais	45 (62,5)
Zona de residência		
	Urbano	22 (30,6)
	Periurbano	17 (23,6)
	Rural	33 (45,8)
Estado Civil		
	Solteiro	5 (6,9)
	Divorciado	3 (4,2)
	Casado	24 (33,3)
	Viúvo	40 (55,6)
Agregado Familiar		
	Sozinho	20 (27,8)
	Conjuge	21 (29,2)
	Conjuge e Filhos	1 (1,4)
	Conjuge, Filho/a e Sogra	1 (1,4)
	Filho/a	9 (12,5)
	Filhos	3 (4,2)
	Neto/a	1 (1,4)
	Lar	16 (22,2)
Nível de escolaridade		
	Nenhum	15 (20,8)
	1º ciclo	35 (48,6)
	2º ciclo	4 (5,6)
	3º ciclo	2 (2,8)
	Secundário	8 (11,1)
	Ensino Superior	8 (11,1)
Exercício Físico		
	Sim	50 (69,4)
	Não	22 (30,6)

Passatempos		
	Sim	45 (62,5)
	Não	27 (37,5)
Ler		
	Sim	49 (68,1)
	Não	23 (31,9)

Quanto à zona de residência, 30,6% dos inquiridos residiam em meio urbano (N=22), 23,6% em meio periurbano (N=17) e 45,8% em meio rural (N=33).

No que toca ao estado civil, 55,6% dos inquiridos eram viúvos (N=40), 33,3% eram casados (N=24), 6,9% eram solteiros (N=5) e apenas 4,2% eram divorciados (N=3). A maioria dos inquiridos (29,2%) vive com o conjugue (N=21), 27,8% vivem sozinhos (N=20) e 22,2% (N =16) reside em estruturas residenciais. Os restantes 15 elementos da amostra (20.8%) vivem com familiares próximos: conjugue e filhos (1.4%; N=1); conjugue, filho/a e sogra (1.4%; N=1); Filho/a (12.5%; N=9); Filhos (4.2%; N=3); Neto/a (1.4%; N=1).

O 1º ciclo foi o nível de escolaridade registado para a maioria dos participantes, representado 48,6% da amostra (N=35) e 20,8% não frequentaram a escola (N=15).

Quanto ao estilo de vida, 69,4% da amostra pratica exercício físico regularmente (N=50) contra os 30,6% que não o fazem (N=22). Relativamente ao nível de ocupação do tempo livre, 62,5% disseram ter passatempos (N=45), opondo-se aos 37,5% que não tem qualquer tipo de passatempo (N=27).

7.2. Caracterização do estado de saúde cognitiva

Os sujeitos da amostra foram divididos em dois grupos no que diz respeito à saúde cognitiva de acordo com os resultados do teste MMSE (Figura 9), o grupo controlo (N=36) e o grupo com declínio cognitivo (N=36). No grupo com declínio cognitivo foram incluídos os sujeitos com diagnóstico oficial de demência (N=9) e todos os outros que obtiveram um resultado correspondente a défice cognitivo pelos critérios do MMSE (N=27) (Tabela 3). A idade média dos sujeitos que constituem os dois grupos é significativamente diferente: 77,83 (DP= 8,231) no grupo controlo e 84,06 (DP= 6,615) no grupo com declínio cognitivo.

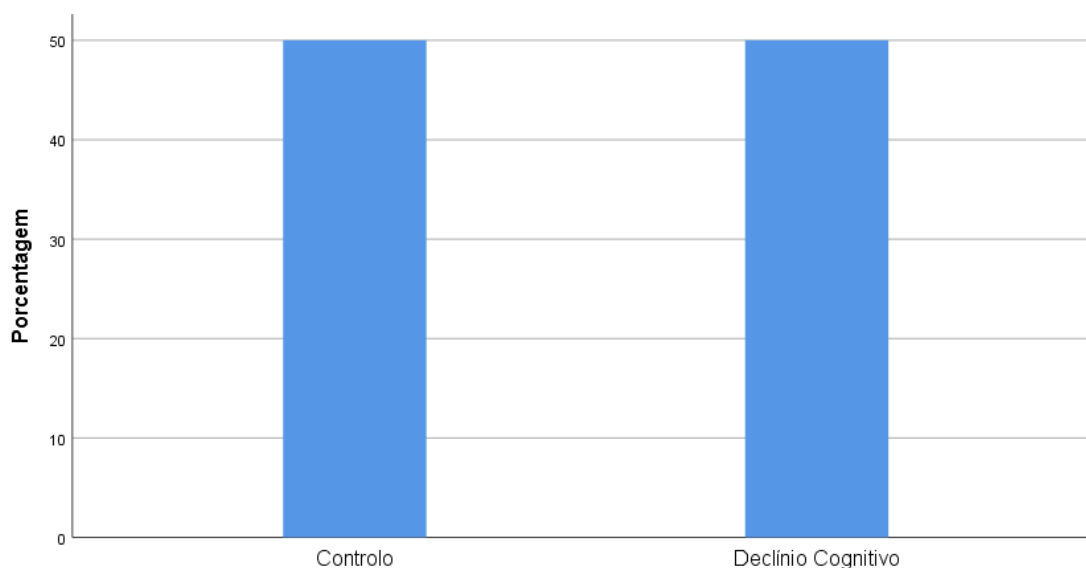


Figura 9 - Percentagem de sujeitos na amostra distribuídos pelos dois grupos principais

Ao dividir o grupo com declínio cognitivo pelas diferentes zonas de residência, foi possível observar um maior número de casos no meio rural (66,7%). Já no meio urbano a percentagem de casos não ultrapassou os 31,8%.

Dentro do grupo de sujeitos com declínio cognitivo, a maior percentagem de casos estimados pelo teste MMSE foi encontrada no meio rural (57,6%), seguindo-se o meio periurbano com 23,5% dos casos. O meio urbano foi o que apresentou uma menor percentagem de casos de défices cognitivos (18,2%).

Por último, o meio periurbano mostrou a percentagem mais elevada de casos com diagnóstico clínico de demência (17,6%), seguido pelo meio urbano (13,6%). Este resultado pode ser derivado de uma maior proximidade dos residentes destes dois meios aos serviços de saúde e de uma literacia em saúde superior à do meio rural (9,1%).

Tabela 3 - Análise descritiva dos grupos pertencentes à amostra

Grupos	N	%
Amostra Total		
Controlo	36	50
Défice	27	37,5
Demência	9	12,5
Total	72	100
Meio Urbano		
Controlo	15	68,2
Défice	4	18,2
Demência	3	13,6
Total	22	100
Meio Periurbano		
Controlo	10	58,8
Défice	4	23,5
Demência	3	17,6
Total	17	100
Meio Rural		
Controlo	11	33,3
Défice	19	57,6
Demência	3	9,1
Total	33	100

7.3. Análise descritiva dos instrumentos de medida do bem-estar psicossocial

7.3.1. Escala de Solidão (UCLA LS)

Tabela 4 - Análise descritiva para a amostra total e para os diferentes meios de residência da UCLA LS

UCLA LS	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	16	41	25,86	9,041
Periurbano	17	16	32	20,59	4,273
Rural	33	16	59	31,24	12,647
Amostra total	72	16	59	27,08	10,908

O score médio apresentado pela amostra para a UCLA LS foi 27,08 (DP=10,908). Pode-se assim dizer que, em média, a amostra está perto do valor corte que determina a existência ou não de solidão, 32 (Tabela 4).

Quando os sujeitos são agrupados pela zona de residência (urbano, periurbano ou rural), o meio rural é o que mostra níveis de solidão mais elevados, com um valor médio de 31,24 (DP=12.647). Seguiu-se o meio urbano, com um valor médio de 25,86 (DP=9,041). Os valores mais baixos foram encontrados no meio periurbano, com um valor médio de 20,59 (DP=4.273).

Por último, quando postos lado a lado, os níveis de solidão mostraram ser mais elevados no grupo controlo. Contudo, apesar de o grupo

com declínio apresentar menores valores de solidão, a variação dos valores neste grupo é superior ao do grupo controlo (Figura 10).

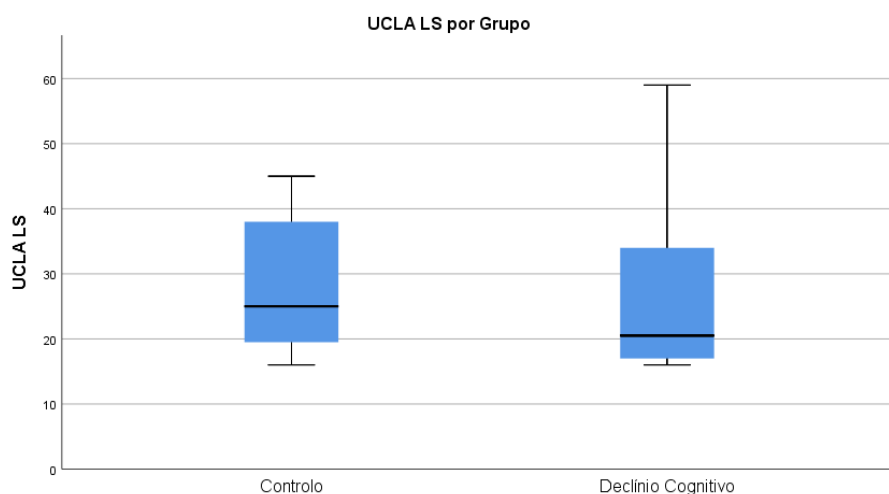


Figura 10 - Pontuação da UCLA LS por grupo

7.3.2. Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

Os resultados obtidos através da LSNS-6 para a dimensão família mostraram-se acima do valor de corte, com um valor médio de 15,08 (DP=10,169). Se aprofundarmos a análise para cada zona de residência, é possível observar que o meio onde existe um valor menor de laços familiares é o rural (M= 12,76; DP=8,070) (Tabela 5). Já o valor mais elevado foi registado no meio urbano, com um score médio de 19,09 (DP=12,367).

Na subescala família, a amostra tem resultados mais baixos na LSNS-6, o que pode indicar um maior risco de isolamento social, principalmente em meio rural (Tabela 6).

Tabela 5 - Análise descritiva para a dimensão “Família” da escala de redes sociais

LSNS-6 Família	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	4	46	19,09	12,367
Periurbano	17	3	36	14,41	9,702
Rural	33	2	43	12,76	8,070
Amostra total	72	2	46	15,08	10,169

Tabela 6 - Análise descritiva para a dimensão “Amigos” da escala de redes sociais

LSNS-6 Amigos	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	0	27	11,36	7,871
Periurbano	17	3	27	9,71	5,576
Rural	33	0	22	6,64	4,595
Amostra total	72	0	27	8,81	6,266

Na subescala amigos, o valor médio para a amostra total foi de 8,81 (DP=6,266). Numa análise mais pormenorizada, o grupo que mostra um maior risco de isolamento social é o residente no meio rural, apresentando um score médio de 6,64 (DP=4,595), quase metade do score que o grupo residente no meio urbano apresenta (M=11,36;

DP=7,871). Por último, o grupo residente no meio periurbano obteve um valor médio de 9,71 (DP=5,576).

No grupo com declínio cognitivo é ainda possível verificar que a rede social ao nível de amigos é menor do que a do grupo controlo (Figura 11).

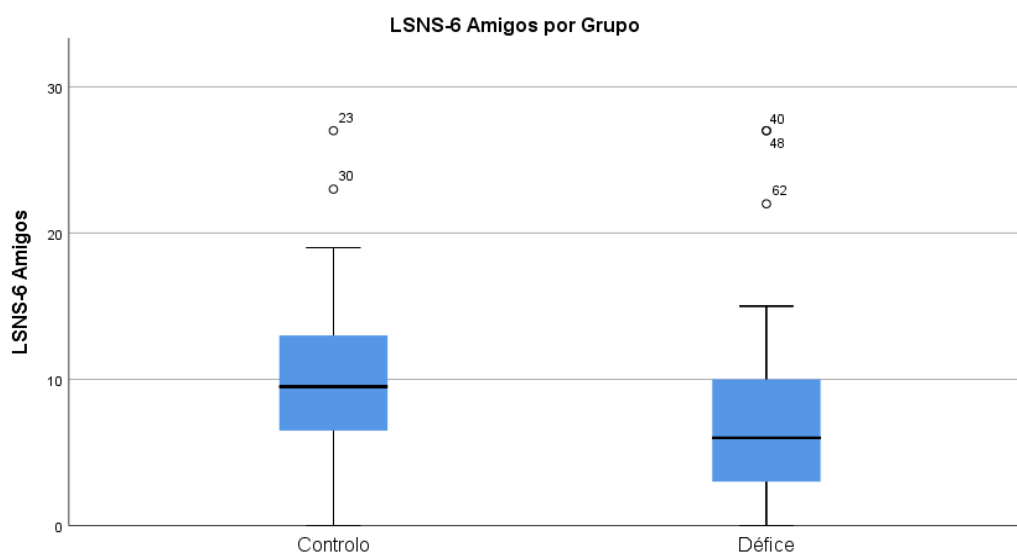


Figura 11 - Comparação da pontuação para a dimensão "Amigos " da LSNS-6

7.3.3. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

O bem-estar e a satisfação com a vida das pessoas que compõem a amostra revelou-se acima da média do valor estabelecido para a população idosa portuguesa, registada por Simões et al. em 2003. O valor médio registado foi de 19,19 (DP=4,671). Numa análise mais pormenorizada (Tabela 7), o meio urbano foi o que apresentou um maior nível de bem-estar (M=19,95; DP=4,665), seguido pelo meio periurbano (M=19,53; DP=4,758). O nível de satisfação com a vida mais baixo foi registado em meio rural (M=18,52; DP= 4,678), apesar de ainda se situar acima da média observada na população portuguesa (15,62).

Tabela 7 - Análise descritiva da Escala de Satisfação com a Vida

SWLS	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	11	25	19,95	4,665
Periurbano	17	9	25	19,53	4,758
Rural	33	9	25	18,52	4,678
Amostra total	72	9	25	19,19	4,671

7.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)

O valor médio para a ROS encontra-se próximo da média para a população portuguesa (Simões et al., 2003). Verificou-se assim que quer no total ($M=31,53$; $DP = 4,024$), quer na especificidade, que os sentimentos que os sujeitos da amostra têm por si próprios não são indicativos de baixa autoestima (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise descritiva da Escala de Autoestima de Rosenberg (ROS)

ROS	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	23	39	31,50	4,044
Periurbano	17	25	39	32,35	4,076
Rural	33	21	38	31,12	4,045
Amostra total	72	21	39	31,53	4,024

7.3.5. Escala de Afetividade Positiva e Negativa (PANAS)

Os resultados obtidos através das duas dimensões que compõem a PANAS, Afetividade Positiva e Afetividade Negativa, mostraram que os valores médios da afetividade positiva ($M = 36,33$; $DP = 7,235$) são superiores aos da afetividade negativa ($M = 20,21$; $DP = 8,299$) (Tabela 9; Tabela 10). A comparação por área de residência mostrou que a afetividade positiva é maior no meio rural ($M=36,33$; $DP=5,130$) do que no meio urbano ($M=33,64$; $DP = 9,835$).

Tabela 9 - Análise descritiva da Afetividade Positiva

Afetividade Positiva	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	0	43	33,64	9,835
Periurbano	17	26	47	38,82	5,961
Rural	33	29	50	36,85	5,130
Amostra total	72	0	50	36,33	7,235

Tabela 10 - Análise descritiva de Afetividade Negativa

Afetividade Negativa	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	0	27	15,64	5,819
Periurbano	17	11	38	21,59	9,798
Rural	33	11	41	22,55	7,847
Amostra total	72	0	41	20,21	8,299

Contrariamente ao que se observa ao nível da afetividade positiva, o score para a afetividade negativa foi mais elevado no meio rural (M=22,55; DP=7,847). Já em meio urbano, o mal-estar é o menor entre todos os meios (M=15,64; DP= 5,819).

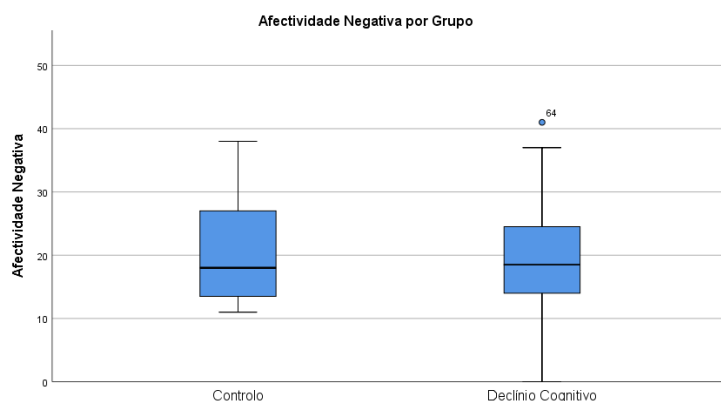


Figura 12 - Comparação da pontuação da Afetividade Negativa entre grupos.

Na comparação da Afetividade Negativa entre grupos, a mesma mostrou ser mais elevada no grupo controlo. Contudo, no grupo com declínio, a variação é maior, contando com um *outlier* (Figura 12).

7.3.6. Escala de depressão geriátrica (GDS)

Os valores da sintomatologia depressiva são baixos na generalidade da amostra, com um score médio de 10,36 (DP=7,592).

Quando se considera a sua distribuição espacial, os valores de sintomatologia depressiva mais elevados foram registados na região rural (M=14,09; DP=6,677), seguindo-se o meio periurbano e, por último, o meio urbano.

Tabela 11 - Análise descritiva da Escala de Depressão Geriátrica

GDS	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	0	20	5,23	5,589
Periurbano	17	0	27	9,76	7,766
Rural	33	1	25	14,09	6,677
Amostra total	72	0	27	10,36	7,592

Na comparação entre os dois grupos, o que tem declínio cognitivo demonstra uma maior sintomatologia depressiva, estando em concordância com a literatura existente sobre a grande prevalência e influência da sintomatologia depressiva no desenvolvimento de estados demenciais (Figura 13).

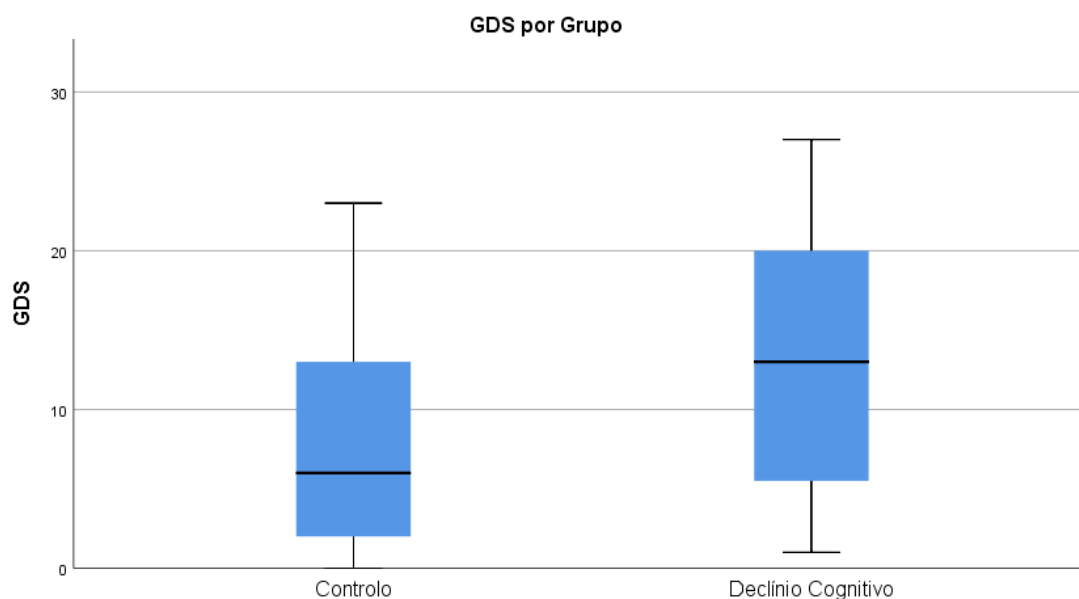


Figura 13 - Comparação dos resultados obtidos na GDS entre grupos

7.4. Análise descritiva da Avaliação do Estado Cognitivo: Mini Mental State Examination (MMSE)

No que toca aos resultados obtidos da aplicação do *Mini Mental State Examination*, os resultados do meio urbano e do meio periurbano mostraram-se bastante semelhantes (Tabela 12). Já o meio rural mostrou resultados mais baixos na avaliação cognitiva (M=20,45; DP = 6,374).

Tabela 12 - Estatística descritiva para os resultados obtidos no MMSE

MMSE	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Urbano	22	12	30	25,86	5,701
Periurbano	17	15	30	25,82	3,941
Rural	33	7	30	20,45	6,374
Amostra total	72	7	30	23,38	6,225

7.5. Análise Estatística

7.5.1. Modelo Preditivo do Estado Cognitivo

O Modelo de Regressão Linear revelou como preditores para o declínio cognitivo, as variáveis Escolaridade ($\beta = 0,533$; $t = 4,684$; $\rho = 0,000$), Afetividade Negativa ($\beta = 0,256$; $t = 2,280$; $\rho = 0,026$) e a GDS ($\beta = -0,222$; $t = -1,781$; $\rho = 0,079$). A variável GDS foi só marginalmente significativa, mas tendo em conta a dimensão reduzida da amostra e as suas limitações, optou-se por incluir a variável no modelo. Este modelo é significativo e explica 37,4% da variabilidade do MMSE ($F = 13,514$; $\rho < 0,001$; $R^2 = 0,374$).

O modelo final ajustado é:

$$\widehat{MMSE} = 15,996 + 2,008\text{Escolaridade} + ,192\text{AfetividadeNegativa} - 0,182\text{GDS}$$

Tabela 13 - Resumo do modelo preditivo dos resultados do estado cognitivo

Resumo do modelo			
R	R quadrado	R ² ajustado	Desvio Padrão
,611	,374	,346	5,034

Tabela 14 - ANOVA para o modelo preditivo dos resultados do estado cognitivo

ANOVA					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	1027,487	3	342,496	13,514	,000
Resíduo	1723,388	68	23,344		
Total	2750,875	71			

Tabela 15 - Quadro de coeficientes do modelo preditivo do estado cognitivo

Modelo	Coeficientes					Estatísticas de colinearidade	
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados		Sig.	Tolerância	VIF
	B	Erro Padrão	β	t			
(Constante)	15,996	2,368		6,755	,000		
Escolaridade	2,008	,429	,533	4,684	,000	,712	1,404
GDS	-,182	,102	-,222	-1,781	,079	,591	1,692
Afetividade Negativa	,192	,084	,256	2,280	,026	,729	1,372

Dado que a solidão foi excluída do modelo preditivo do declínio cognitivo, procurou-se identificar no conjunto das variáveis selecionadas para o modelo de regressão qual ou quais poderiam ser influenciadas pela solidão.

7.5.2. Identificação das variáveis que mais influenciaram a variação da GDS

Na análise de Regressão Linear, a variabilidade da GDS é explicada pela Afetividade Positiva ($\beta = -0,483$; $t = -6,409$; $\rho = 0,000$), Afetividade Negativa ($\beta = 0,400$; $t = 5,476$; $\rho = 0,00$), Zona ($\beta = 0,389$; $t = 4,717$; $\rho = 0,000$) e LSNS-6 Amigos ($\beta = -0,150$; $t = -1,906$; $\rho = 0,061$). A variável LSNS-6 Amigos é apenas marginalmente significativa, mas devido às limitações da amostragem optou-se pela inclusão desta no modelo.

Este modelo é altamente significativo e explica 64% da variabilidade da GDS ($F = 29,950$; $\rho < 0,001$; $R^2 = 0,641$).

O modelo final é:

$$\widehat{GDS} = 15,027 - 0,507 \text{ Afetividade Positiva} + 0,400 \text{ Afetividade Negativa} + 3,384 \text{ Zona} - 0,182 \text{ LSNS Amigos}$$

Tabela 16 - Resumo do modelo preditivo da GDS

Resumo do modelo			
R	R quadrado	R ² ajustado	Desvio Padrão
,801	,641	,620	4,681

Tabela 17 - ANOVA do modelo preditivo da GDS

ANOVA					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	2624,716	4	656,179	29,950	,000
Resíduo	1467,895	67	21,909		
Total	4092,611	71			

Tabela 18 - Quadro de coeficientes do modelo preditivo da GDS

Modelo	Coeficientes					Estatísticas de colinearidade	
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados		Sig.	Tolerância	VIF
	B	Erro Padrão	β	t			
(Constante)	15,027	3,275		4,588	,000		
Zona	3,384	,717	,389	4,717	,000	,799	1,252
Afetividade Positiva	-,507	,079	-,483	-6,409	,000	,941	1,063
Afetividade Negativa	,400	,073	,437	5,476	,000	,840	1,191
LSNS-6 Amigos	-,182	,095	-,150	-1,906	,061	,863	1,159

7.5.3. Identificação das variáveis que mais influenciaram a variação da Afetividade Negativa

Dado que a análise de correlação mostrou associação significativa entre a UCLA LS e a Afetividade Negativa, procedeu-se à análise de Regressão Linear da Afetividade Negativa como variável dependente. Nesta análise observou-se que a variação da Afetividade Negativa é explicada pela Afetividade Positiva ($\beta = 0,540$; $t = 5,286$; $\rho = 0,000$), GDS ($\beta = 0,567$; $t = 4,608$; $\rho = 0,000$), UCLA LS ($\beta = 0,269$; $t = 2,704$; $\rho = 0,009$), LSNS-6 Família ($\beta = -0,302$; $t = -2,599$; $\rho = 0,012$), LSNS-6 Amigos ($\beta = 0,232$; $t = 1,978$; $\rho = 0,052$), Escolaridade ($\beta = -0,233$; $t = -1,931$; $\rho = 0,058$) e Zona ($\beta = -0,236$; $t = -1,884$; $\rho = 0,064$). A variável Zona é apenas marginalmente significativa, mas devido às limitações da amostragem optou-se pela inclusão desta no modelo.

Este modelo é altamente significativo e explica 74% da variabilidade da Afetividade Negativa ($F = 11,254$; $\rho < 0,001$; $R^2 = 0,743$).

O modelo final é:

$$\begin{aligned} \widehat{\text{Afetividade Negativa}} &= -5,249 + 0,619 \text{ Afetividade Positiva} + 0,620 \text{ GDS} \\ &+ 0,205 \text{ UCLA LS} - 0,247 \text{ LSNS Família} + 0,307 \text{ LSNS Amigos} \\ &- 1,170 \text{ Escolaridade} - 2,261 \text{ Zona} \end{aligned}$$

Tabela 19 - Resumo do modelo preditivo da Afetividade Negativa

Resumo do modelo			
R	R quadrado	R ² ajustado	Desvio Padrão
,743	,552	,503	5,852

Tabela 20 - ANOVA do modelo preditivo da Afetividade Negativa

ANOVA					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	2698,012	7	685,430	11,254	,000
Resíduo	2191,863	64	34,248		
Total	4889,875	71			

Tabela 21 - Quadro dos coeficientes do modelo preditivo da Afetividade Negativa

Modelo	Coeficientes					Estatísticas de colinearidade	
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados		Sig.	Tolerância	VIF
	B	Erro Padrão	β	t			
(Constante)	-5,249	5,307			,326		
Zona	-2,261	1,200	-,236	-1,884	,064	,446	2,242
Escolaridade	-1,170	,606	-,233	-1,931	,058	,482	2,075
UCLA LS	,205	,076	,269	2,704	,009	,706	1,417
Afetividade Positiva	,619	,117	,540	5,286	,000	,671	1,490
LSNS-6 Família	-,247	,095	-,302	-2,599	,012	,518	1,930
LSNS-6 Amigos	,307	,155	,232	1,978	,052	,511	1,957
GDS	,620	,135	,567	4,608	,000	,462	2,163

7.5.4. Modelo Preditor da Solidão

Para analisar que fatores estariam a influenciar os resultados obtidos na UCLA LS foi aplicada a Regressão Linear a esta variável. Foi possível observar na análise que as variáveis independentes que têm influência na variação da UCLA LS são a GDS ($\beta = 0,311$; $t = 2,103$; $p = 0,039$), Escolaridade ($\beta = 0,547$; $t = 1,990$; $p = 0,051$), SWLS ($\beta = -0,221$; $t = -1,799$; $p = 0,077$) e a Afetividade Negativa ($\beta = 0,207$; $t = 1,685$; $p = 0,097$). As variáveis SWLS e Afetividade Negativa são apenas marginalmente significativas, visto que a sua inclusão neste modelo se deve às limitações da amostragem.

Este modelo é significativo e explica 28,7% da variabilidade da UCLA LS ($F = 6,756$; $p = 0,011$; $R^2 = 0,287$).

O modelo final é:

$$\widehat{UCLA LS} = 22,510 + 0,447 GDS + 1,630 \text{ Escolaridade} - 0,517 SWLS + 0,272 \text{ Afetividade Negativa}$$

Tabela 22 - Resumo do modelo preditivo da solidão

Resumo do modelo			
R	R quadrado	R ² ajustado	Desvio Padrão
,536	,287	,245	9,479

Tabela 23 - ANOVA do modelo preditivo da solidão

ANOVA					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
Regressão	5427,823	4	606,956	6,756	,000
Resíduo	6019,677	67	89,846		
Total	8447,500	71			

Tabela 24 - Quadro dos coeficientes do modelo preditivo da solidão

Modelo	Coeficientes					Estatísticas de colinearidade	
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes Padronizados		Sig.	Tolerância	VIF
	B	Erro Padrão	β	t			
(Constante)	22,510	8,636		2,607	,011		
Escolaridade	1,630	,819	,247	1,990	,051	,692	1,446
Afetividade Negativa	,272	,161	,207	1,685	,097	,706	1,416
SWLS	-,517	,287	-,221	-1,799	,077	,702	1,425
GDS	,447	,213	,311	2,103	,039	,485	2,062

8. Discussão

O estudo da distribuição espacial do número de sujeitos com declínio cognitivo, estimado pela escala MMSE, mostrou uma proporção maior nas zonas rurais. Este padrão de distribuição não coincide com o dos casos de declínio previamente diagnosticados no conjunto dos participantes deste estudo. O número de casos com diagnóstico clínico foi superior nas zonas urbanas e periurbanas sugerindo o efeito da proximidade aos serviços de saúde. Estudos previamente realizados na população portuguesa registaram uma prevalência superior nos meios rurais (Nunes et al., 2010; Gonçalves-Pereira et al., 2017). O facto de se encontrarem mais casos de demência diagnosticados em meio periurbano e urbano poderá estar relacionado com questões socioeconómicas, tais como, uma maior literacia em saúde, devido ao nível escolaridade ser mais elevado em comparação com o do meio rural, e uma maior proximidade aos serviços de saúde.

O risco de isolamento social, inferido pelas variáveis LSNS-6 amigos e LSNS-6 família, foi mais elevado no meio rural. Esta observação vai ao encontro do conhecimento atual sobre os agregados familiares em Portugal, sobretudo, os das regiões do interior, onde as pessoas com mais de 65 anos vivem sozinhas ou com outras pessoas de idade igual ou superior a seu cargo (Rosa, 2012). Níveis elevados de solidão e isolamento social tendem a estar associados a indicadores de bem-estar e qualidade de vida negativos (Coleman & O'Hanlon, 2017).

Apesar de a autoestima e do bem-estar subjetivo, estimados pelas escalas ROS e SWLS, respetivamente, apresentarem níveis idênticos em todos os meios analisados, foi encontrado no meio rural uma maior prevalência de sintomatologia depressiva (estimada pela escala GDS). Este dado pode explicar o porquê da maior prevalência de défice cognitivo encontrado em meio rural na amostra estudada. A corroborar esta informação está o facto de a sintomatologia depressiva ser maior no grupo com declínio cognitivo. A depressão em idades mais avançadas está associada a um maior défice funcional, com probabilidades elevadas de recaída, assumindo um estatuto de doença crónica ligada a níveis elevados de comorbilidade e mortalidade (Diniz et al., 2013). Sendo uma causa fundamental de incapacidade, a depressão aumenta o risco de desenvolvimento de demência, sendo que idosos com depressão mostram declínio cognitivo que pode não ser reversível mesmo após o tratamento da depressão (Diniz et al., 2013; Gonçalves-Pereira et al., 2017).

O objetivo principal deste estudo foi verificar a existência de uma associação estatística significativa entre a solidão e o declínio cognitivo, mas tal não se verificou, apesar de o conjunto dos participantes residentes nas regiões rurais mostrar valores mais elevados na escala da solidão. A construção de um modelo teórico que permitisse identificar variáveis com valor preditivo do declínio cognitivo na população da Região Centro, revelou que a escolaridade e a zona de residência são os fatores que mais contribuem para a variação dos valores de MMSE. A sintomatologia depressiva foi também incluída no modelo, mas a sua associação estatística é fraca (com valor de significância um pouco acima do limite de rejeição, 0,061). Para este resultado poderão ter contribuído a idade mais avançada do grupo com declínio cognitivo (idade média 84,06 anos, 6, 23 anos acima da média do grupo controlo) e a frequência de locais que estimulam a atividade intelectual e a interação social no grupo controlo (uma percentagem considerável dos participantes, 50% do total, frequentavam universidades sénior).

A procura de variáveis que pudessem estar associadas à solidão através da análise de regressão revelou que a Escolaridade, a Sintomatologia Depressiva e a Afectividade Negativa estarão fortemente correlacionadas com o sentimento de Solidão. Diversos estudos têm indicado que as pessoas que se sentem sozinhas e têm uma fraca rede de suporte têm um risco mais elevado de demência do que os que se situam no lado oposto do espectro (Ellwardt et al., 2013; Kuiper et al., 2015). A influência dos fatores escolaridade e sintomatologia depressiva (GDS) vão ao encontro dos resultados descritos na literatura sobre fatores de risco no desenvolvimento de demência (World Health Organization, 2012; Falk et al., 2018; National Institute on Aging, 2018c). A Afectividade Negativa mostrou, nesta amostra, uma associação estatística significativa com a zona de residência, escolaridade, solidão, sintomatologia depressiva e redes sociais de apoio. Estudos prévios indicam que os indivíduos que têm uma atitude mais negativa para com o envelhecimento estão mais suscetíveis a desenvolver doenças e a morrer mais cedo, tendo uma maior probabilidade de possuir uma saúde física e mental mais pobre (Levy et al., 2002; Coleman & O'Hanlon, 2017). As atitudes negativas para com o envelhecimento podem ser preditores de perdas cognitivas resultantes, por sua vez, de perdas mais precoces e significativas no volume do hipocampo e maior acumulação de placas amiloides e de emaranhados neurofibrilares (Coleman & O'Hanlon, 2017).

Para Coleman e O'Hanlon (2017), a existência de relações fortes (sociais e familiares) são a chave para o bem-estar e para a saúde durante o processo de

envelhecimento, funcionando como um escudo protetor. Segundo estes autores, os idosos que estão integrados em redes sociais têm uma saúde mental superior à dos idosos que se encontram mais isolados, sendo que uma maior participação social pode adiar perdas ou declínios físicos e mentais (Coleman & O’Hanlon, 2017).

8.1. Limitações do estudo

Os constrangimentos deste estudo partem, principalmente, do tamanho da amostra (N=72) e da sua composição. O tamanho é pequeno quando se pretende estudar a população de uma área geográfica mais vasta, como é o caso da Região Centro de Portugal, e se pretende avaliar a interação de um número elevado de variáveis. É também desejável um maior equilíbrio ao nível do número de homens e mulheres, apesar de a diferença na esperança média de vida dos dois sexos, determinar a existência de um maior número de mulheres, sobretudo nos grupos etários mais elevados. É, também, necessária uma maior diversificação dos locais de recolha de dados.

Na amostra estudada existe um enviesamento relativamente aos locais de recolha, sobretudo, no caso dos participantes com idades mais avançadas, com a grande maioria dos inquiridos a serem recrutados em centros de dia e em lares, o que compromete a diversidade da amostra ao nível das respostas obtidas devido às limitações e à perda de independência das pessoas inquiridas que frequentam estas instituições. Durante o trabalho de campo foi notado que as pessoas que frequentam instituições de apoio tendem a recorrer a elas apenas quando já atingiram um nível de elevada degeneração física e/ou mental.

Outro fator que poderá enviesar os resultados observados neste estudo é a desproporção entre o número de pessoas inquiridas nos diferentes meios residenciais, havendo um maior número de pessoas inquiridas que residem em zonas rurais, onde a média de idades se situa nos 84,39 (DP=6,595) sendo superior às do meio urbano (M=80,90; DP=8,059) e periurbano (M=80,18; DP=8,770). Estas pessoas têm igualmente um baixo nível de escolaridade que, em regra, não ultrapassa o 1º ciclo.

Conclusão

9. Conclusão

Na população estudada não foi verificada uma relação estatística significativa entre solidão e demência. Apesar da resposta negativa a esta primeira questão, mais estudos são necessários para verificar se esta relação se verifica na população portuguesa.

Quanto à questão de onde haveria uma maior predominância de casos de demência, a resposta acaba por pertencer à fronteira entre o urbano e o rural, o meio periurbano. Contudo, se incluirmos no número de casos os casos indicados como défice cognitivo pelo MMSE na equação, o número de casos passa a ser superior em meio rural.

À terceira e última questão sobre quais os fatores que poderiam ter influência na existência do sentimento de solidão, a nível socioeconómico o fator que se destaca é a escolaridade. No que diz respeito aos fatores psicossociais, o bem-estar subjetivo, a afetividade negativa e a existência ou não de sintomatologia depressiva são as variáveis que se destacam.

As crenças e atitudes negativas para com o processo de envelhecimento podem levar a consequências graves na saúde física e mental, no bem-estar e na qualidade de vida. A ideia ocidental de que o envelhecimento é um processo de “rise and fall” (Coleman & O’Hanlon, 2017) tem de ser alterada para uma ideia já encontrada em outras sociedades, onde o envelhecimento é apenas um processo onde a experiência e a sabedoria é valorizada e transmitida às gerações mais novas, permitindo que os mais velhos possam continuar a contribuir para a sociedade e no suporte e cuidado dos outros. É por isso necessário promover a integração das pessoas durante a sua transição e durante a 3ª idade e a fomentação das relações intergeracionais de forma a combater o fenómeno do isolamento social, da perda de laços e da solidão.

Bibliografia

10. Bibliografia

Albuquerque, E.; Sá Esteves, P.; Cerejeira, J. 2016. Doença de Alzheimer. *Em: Firmino, H., Simões, M.R., & Cerejeira, J. (eds.) Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. 1ª edição ed. Lisboa, Lidel: 309–319.

Alzheimer's Disease International. 2019. *Dementia statistics*. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/statistics> [2019, Janeiro 31].

Alzheimer Portugal. 2019. *Demência Vascular*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-39-35-demencia-vascular> [2019, Agosto 10].

American Psychiatric Association. 2013. *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª edição ed. Washington, American Psychiatric Association.

Barreto, J.; Leuschner, A.; Santos, F.; Sobral, M. 2008. Escala de Depressão Geriátrica. *Em: Mendonça, A. de, Guerreiro, M., & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (eds.) Escalas e Testes na Demência*. Lisboa, Novartis: 69–72.

Cacioppo, S.; Capitano, J. P.; Cacioppo, J. T. 2014. Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6): 1464–1504. DOI: 10.1037/a0037618.

Carey, I. M.; Anderson, H. R.; Atkinson, R. W.; Beevers, S. D.; Cook, D. G.; Strachan, D. P.; Dajnak, D.; Gulliver, J.; Kelly, F. J. 2018. Are noise and air pollution related to the incidence of dementia? A cohort study in London, England. *BMJ open*, 8(9): e022404. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022404.

Coleman, P. G.; O'Hanlon, A. 2017. *Aging and Development: social and emotional perspectives*. 2ª edição ed. Oxon, Routledge.

Coyle, C. E.; Dugan, E. 2012. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8): 1346–1363. DOI: 10.1177/0898264312460275.

Diniz, B. S.; Butters, M. A.; Albert, S. M.; Dew, M. A.; Reynolds, C. F. 2013. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *British Journal of Psychiatry*, 202(5): 329–335. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118307.

Direcção-Geral da Saúde. 2017. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direcção-Geral de Saúde*, 52. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.

Donovan, N. J.; Wu, Q.; Rentz, D. M.; Sperling, R. A.; Marshall, G. A.; Glymour, M. M. 2017. Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5): 564–573. DOI: 10.1002/gps.4495.

Ellwardt, L.; Aartsen, M.; Deeg, D.; Steverink, N. 2013. Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life? *Social Science and Medicine*, 98: 116–124. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.09.002.

Falk, N.; Cole, A.; Meredith, T. J. 2018. Evaluation of Suspected Dementia. *American family physician*, 97(6): 398–405. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29671539>.

Ferreira-Alves, J.; Magalhães, P.; Viola, L.; Simoes, R. 2014. Loneliness in middle and old age: Demographics, perceived health, and social satisfaction as predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(3): 613–623. DOI: 10.1016/j.archger.2014.06.010.

Frikke-Schmidt, R.; Nordestgaard, B. G.; Thudium, D.; Moes Grønholdt, M. L.; Tybjærg-Hansen, A. 2001. APOE genotype predicts AD and other dementia but not ischemic cerebrovascular disease. *Neurology*, 56(2): 194–200. DOI: 10.1212/WNL.56.2.194.

Gonçalves-Pereira, M.; Cardoso, A.; Verdelho, A.; Alves da Silva, J.; Caldas De Almeida, M.; Fernandes, A.; Raminhos, C.; Ferri, C. P.; Prina, A. M.; Prince, M.; Xavier, M. 2017. The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatrics*, 17(1): 1–11. DOI: 10.1186/s12877-017-0647-5.

Grazina, M.; Pratas, J.; Silva, F.; Oliveira, S.; Santana, I.; Oliveira, C. 2006. Genetic basis of Alzheimer's dementia: Role of mtDNA mutations. *Genes, Brain and Behavior*, 5(SUPPL. 2): 92–107. DOI: 10.1111/j.1601-183X.2006.00225.x.

Guerreiro, M.; Silva, A. P.; Botelho, M.; Leitão, O.; Castro-Caldas, A.; Garcia, C. 1994. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).

Hazer, O.; Boylu, A. A. 2010. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9: 2083–2089. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.12.450.

He, Y. L.; Zhang, X. K.; Zhang, M. Y. 2000. Psychosocial Risk Factors for Alzheimer ' S Disease. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 10(2): 2–7.

Instituto Nacional de Estatística. 2019a. *Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001724&contexto=bd&selTab=tab2 [2019, Janeiro 20].

Instituto Nacional de Estatística. 2019b. *Índice de envelhecimento (N.^o) por Sexo; Anual*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2 [2019, Janeiro 20].

De Jong Gierveld, J. 1998. A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1): 73–80. DOI: 10.1017/S0959259898008090.

Kim, C.; Wu, B.; Tanaka, E.; Watanabe, T.; Watanabe, K.; Chen, W.; Ito, S.; Okumura, R.; Arai, T.; Anme, T. 2016. Association between a change in social interaction and dementia among elderly people. *International Journal of Gerontology*, 10(2): 76–80. DOI: 10.1016/j.ijge.2016.03.006.

Knopman, D.; Selnes, O. 2012. Neuropsychology of Dementia. *Em: M. Heilman, K. & Edward, V. (eds.) Clinical Neuropsychology*. Oxford, Oxford University Press: 582–636.

Kuiper, J. S.; Zuidersma, M.; Oude Voshaar, R. C.; Zuidema, S. U.; van den Heuvel, E.

R.; Stolk, R. P.; Smidt, N. 2015. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22: 39–57. DOI: 10.1016/j.arr.2015.04.006.

Leigh-Hunt, N.; Bagguley, D.; Bash, K.; Turner, V.; Turnbull, S.; Valtorta, N.; Caan, W. 2017. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152: 157–171. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.07.035.

Levy, B. R.; Slade, M. D.; Kunkel, S. R.; Kasl, S. V. 2002. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2): 261–270. DOI: 10.1037/0022-3514.83.2.261.

McHugh, J.; Lawlor, B.; Steptoe, A.; Kee, F. 2016. Interactive Impacts of Loneliness and Social Isolation on Incident Dementia in the English Longitudinal Study of Ageing. *Alzheimer's & Dementia*, 12(7): P807. DOI: 10.1016/j.jalz.2016.06.1635.

Morgado, J.; Rocha, C. S.; Maruta, C.; Guerreiro, M.; Martins, I. P. 2009. Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination New Normative Values of Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2): 19–25. Disponível em: http://www.spneurologia.org/R/Sinapse/Sinapse_Vol9_N2_Nov09.pdf %5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=2009653672%5Cnhttp://metalib.lib.ic.ac.uk:9003/sfx_local?sid=OVID&isbn=&issn=1645-281X&volume=9&issue=2&date=2.

Murman, D. L. 2015. The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3): 111. DOI: 10.1055/S-0035-1555115.

National Institute on Aging. 2018a. *Alzheimer's Disease Genetics Fact Sheet*. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-genetics-fact-sheet> [2018, Dezembro 30].

National Institute on Aging. 2018b. *What is Lewy Body Dementia?* Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/what-lewy-body-dementia> [2019, Agosto 12].

National Institute on Aging. 2018c. *What Is Dementia?* Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/what-dementia> [2019, Janeiro 04].

National Institute on Aging. 2019. *What are Frontotemporal Disorders?* Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-frontotemporal-disorders> [2019, Agosto 12].

Nunes, B.; Silva, R. D.; Cruz, V. T.; Roriz, J. M.; Pais, J.; Silva, M. C. 2010. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/10/42> %5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=2010401561.

OCDE. 2017. *Health at a Glance 2017*. DOI: 10.1787/health_glance-2017-en.

OECD. 2017. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris, OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance-2017-en.

Oliveira, A.; Lima, M. P. de; Portugal, P. 2016. Escala de Autoeficácia para a Atividade

- com Sentido: Encontrando sentido no envelhecimento ativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(1): 3–13. DOI: 10.7342/ismt.rpics.2016.2.1.28.
- Oliveira, A. L.; Lima, M. P. de; Simões, A. 2007. A satisfação com a vida dos estudantes universitários: para além da auto-estima, o ligar da conscienciosidade e do controlo pessoal. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI(2): 243–264.
- Ong, A. D.; Uchino, B. N.; Wethington, E. 2016. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology*, 62(4): 443–449. DOI: 10.1159/000441651.
- Pais-ribeiro, J. L. 2005. Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico (*). *Psicológica*, 2: 219–227.
- Peerenboom, L.; Collard, R. M.; Naarding, P.; Comijs, H. C. 2015. The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182: 26–31. DOI: 10.1016/j.jad.2015.04.033.
- Pocinho, M.; Farate, C.; Dias, C. 2010. Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: sociedade e novas modernidades*, 18: 65–77. Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/304>.
- Reiman, E. M.; Caselli, R. J.; Yun, L. S.; Chen, K.; Bandy, D.; Minoshima, S.; Thibodeau, S. N.; Osborne, D. 1996. Preclinical Evidence of Alzheimer’s Disease in Persons Homozygous for the ε4 Allele for Apolipoprotein E. *New England Journal of Medicine*, 334(12): 752–758. DOI: 10.1056/NEJM199603213341202.
- Ribeiro, O.; Teixeira, L.; Duarte, N.; Azevedo, M.; Araújo, L.; Barbosa, S.; Paúl, C. 2012. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(15): 217–234.
- Rosa, M. J. V. 2012. *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ruano, L.; Araújo, N.; Branco, M.; Barreto, R.; Moreira, S.; Pais, R.; Cruz, V. T.; Lunet, N.; Barros, H. 2019. Prevalence and Causes of Cognitive Impairment and Dementia in a Population-Based Cohort From Northern Portugal. *American Journal of Alzheimer’s Disease and other Dementias*, 34(1): 49–56. DOI: 10.1177/1533317518813550.
- Russell, D. W. 1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1): 20–40. DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_2.
- Sá Esteves, P.; Albuquerque, E.; Cerejeira, J. 2016a. Demência Vasculiar. *Em: Firmino, H., Simões, M.R., & Cerejeira, J. (eds.) Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. 1ª edição ed. Lisboa, Lidel: 349–360.
- Sá Esteves, P.; Albuquerque, E.; Cerejeira, J. 2016b. Demência com Corpos de Lewy. *Em: Firmino, H., Simões, M.R., & Cerejeira, J. (eds.) Saúde Mental das Pessoas Mais*

Velhas. 1ª edição ed. Lisboa, Lidel: 335–348.

Sá Esteves, P.; Albuquerque, E.; Cerejeira, J. 2016c. Demência Frontotemporal. *Em: Firmino, H., Simões, M.R., & Cerejeira, J. (eds.) Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. 1º edição ed. Lisboa: 321–333.

Santana, I.; Duro, D.; Lemos, R.; Costa, V.; Pereira, M.; Simões, M. R. 2016. Mini-Mental State Examination : Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Défice Cognitivo Mini-Mental State Examination : Screening and Diagnosis of Cognitive Decline , Using New Normative Data. *Acta Médica Portuguesa*, 240–248.

Scarmeas, N.; Stern, Y. 2003. Cognitive Reserve and Lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5): 625–633. DOI: 10.1076/jcen.25.5.625.14576.

Simões, A.; Ferreira, J. A. G. A.; Lima, M. P.; Pinheiro, M. do R.; Vieira, C. M. C.; Matos, A. P. M.; Oliveira, A. L. 2003.

Simões, M. R.; Prieto, G.; Pinho, S. M.; Sobral, M.; Firmino, H. 2015. Geriatric Depression Scale (GDS-30). *Em: Simões, M.R., Santana, I., & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (eds.) Escalas e Testes na Demência*. 3ª edição ed. Lisboa, Novartis: 128–133.

Simões, M. R.; Almiro, P. A.; Caldeira, S.; Vilar, M.; Sousa, L. B.; Freitas, S. 2016. Avaliação neuropsicológica das pessoas mais velhas. *Em: Firmino, H., Simões, M.R., & Cerejeira, J. (eds.) Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. 1ª edição ed. Lisboa, Lidel: 127–164.

Slot, R. E. R.; Sikkes, S. A. M.; van der Flier, W. M.; et al. 2019. Subjective cognitive decline and rates of incident Alzheimer’s disease and non–Alzheimer’s disease dementia. *Alzheimer’s and Dementia*, 15(3): 465–476. DOI: 10.1016/j.jalz.2018.10.003.

Steffener, J.; Stern, Y. 2012. Exploring the neural basis of cognitive reserve in aging. *Biochimica et Biophysica Acta - Molecular Basis of Disease*, 1822(3): 467–473. DOI: 10.1016/j.bbadis.2011.09.012.

Stern, Y. 2009. Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10): 2015–2028. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004.

Stern, Y. 2012. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer’s disease. *The Lancet Neurology*, 11(11): 1006–1012. DOI: 10.1016/S1474-4422(12)70191-6.

Vilar, M. M. P. 2015. Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. 1–248. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/28680>.

Watson, D.; Clark, L. A.; Tellegen, A. 1988. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6): 1063–1070. DOI: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.

Wilson, R. S.; Krueger, K. R.; Arnold, S. E.; Schneider, J. A.; Kelly, J. F.; Barnes, L. L.; Tang, Y.; Bennett, D. A. 2014. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64: 234–240.

World Health Organization. 2012. Dementia: a public health priority. *Dementia*, 112. DOI: 978 92 4 156445 8.

World Health Organization. 2015. World Report on Aging and Health.

World Health Organization. 2018a. *The Global Dementia Observatory Reference Guide*. Geneva.

World Health Organization. 2018b. *Towards a dementia plan: a WHO guide*.

Anexos

Anexo 1 – Questionários aplicados

Data de preenchimento: _____

Questionário de caracterização sociodemográfica

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Local de nascimento (freguesia, concelho, distrito): _____

Zona de residência: Concelho _____

- Freguesia urbana (cidade)
- Freguesia peri-urbana (arredores da cidade)
- Freguesia Rural

Estado civil:

- Solteiro
- União de Facto
- Casado
- Divorciado/Separado
Se sim, há quanto tempo? _____
- Viúvo
Se sim, há quanto tempo? _____

Tem filhos?

- Sim
Se sim, quantos?

- Não

Com quem vive? _____

Nível de escolaridade (o mais elevado):

- Nenhum
- 1º ciclo (4º ano ou escola primária)
- 2º ciclo (5º e 6º anos do ciclo preparatório)
- 3º ciclo (9º ano)
- Secundário (10º, 11º e 12º anos)
- Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

Profissão (atual ou antes da reforma): _____

Reformado: Sim Não

Se sim, há quanto tempo?

Questionário de caracterização do estilo de vida

1. Tem algum passatempo/hobby regular? Se sim, qual?

Quantas horas por dia? _____. Por semana? _____.

2. Gosta de ler? _____. **Se sim,** que tipo de publicação?

Jornais Revistas Livros Outra Qual? _____

Quantas horas lê por dia? _____ E/ou por semana? _____

3. Utiliza a internet e/ou as redes sociais para conviver? _____

Se sim, quantas horas por dia? _____. Por semana? _____.

4. É fumador? _____.

Se sim: Quantos cigarros por dia? _____. Há quantos anos fuma? _____.

Fuma só quando está com os amigos? _____.

E os seus pais? Fumam? _____. Se sim, qual deles? Pai Mãe Ambos

5. Pratica algum tipo de exercício físico? _____. **Se sim,** de que tipo?

_____.

Se sim, quantas horas por semana? _____.

6. Pratica: Yoga Tai Chi Pilates Meditação Outro _____

Não pratico

Se sim, quantas horas por semana? _____.

SWLS

(Diener et al., 1985; tradução e adaptação portuguesa Simões, 1992)

Mais abaixo, encontrará cinco frases com que poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. **Marque com uma cruz (x)**, dentro do quadrado que melhor indica a sua resposta, tendo em contas as seguintes opções: **1 = Discordo muito; 2 = Discordo um pouco; 3 = Não concordo, nem discordo; 4 = Concordo um pouco; 5 = Concordo muito.**

	1 Discordo muito	2 Discordo um pouco	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo um pouco	5 Concordo muito
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

ROS

(Rosenberg, 1965; tradução e adaptação portuguesa Simões & Lima, 1992)

	1 Discordo muito	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo muito
1. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros.				
2. Penso que tenho algumas boas qualidades.				
3. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.				
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar.				
6. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa.				
7. De forma geral, estou satisfeito/a comigo mesmo/a.				
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio/a.				
9. Às vezes, penso que não presto para nada.				
10. Bem vistas as coisas, sou levado/a a pensar que sou um/a falhado/a.				

PANAS

(Watson, Clark & Tellegen, 1988; tradução e adaptação portuguesa Simões, 1993)

Abaixo encontra-se uma lista de palavras que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique até que ponto experimentou esses sentimentos e emoções **nas últimas semanas**. Responda, marcando uma cruz (x), no quadradinho apropriado, ao lado de cada palavra.

	1 Muito pouco ou nada	2 Um pouco	3 Assim, assim	4 Muito	5 Muitíssimo
1. Interessado/a					
2. Aflito/a					
3. Estimulado/a (animado/a)					
4. Aborrecido/a					
5. Forte					
6. Culpado/a					
7. Assustado/a					
8. Hostil / inimigo/a					
9. Entusiasmado/a					
10. Orgulhoso/a					
11. Irritável					
12. Atento/a					
13. Envergonhado/a					
14. Inspirado/a					
15. Nervoso/a					
16. Decidido/a determinado/a)					
17. Atencioso/a					
18. Agitado/a (inquieto/a)					
19. Ativo/a (mexido/a)					
20. Medroso/a					
21. Emocionado/a					
22. Magoado/a					

LSNS-6

(Lubben, 1988; Adaptação portuguesa Ribeiro et al., 2012)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	Nº de pessoas					
FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

	Nº de pessoas					
AMIGOS: Considerando todos os amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

UCLA LS

(Russell, 1996; tradução e adaptação portuguesa Pocinho & Farate, 2005)

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, **desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ou não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente.**

Não existem respostas certas ou erradas. Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 – Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 – Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
4 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
5 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
6 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
7 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
8 - Sente-se abandonado/a	4	3	2	1
9 - Sente-se completamente só	4	3	2	1
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
11 - As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
12 - Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
13 - Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
14 - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
15 - É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
16 - Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1

GDS

Responda SIM ou NÃO, consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

	Sim	Não
1. Está satisfeito/a com a sua vida?		
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?		
3. Sente a sua vida vazia?		
4. Fica muitas vezes aborrecido/a?		
5. Tem esperança no futuro?		
6. Anda incomodado/a com pensamentos que não consegue afastar?		
7. Está bem disposto/a a maior parte do tempo?		
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?		
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
10. Sente-se muitas vezes desamparado/a?		
11. Fica muitas vezes inquieto/a ou nervoso/a?		
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?		
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?		
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?		
15. Pensa que é muito bom estar vivo/a?		
16. Sente-se muitas vezes desanimado/a e abatido/a?		
17. Sente-se inútil?		
18. Preocupa-se muito com o passado?		
19. Acha a sua vida interessante?		
20. É difícil começar novas atividades?		
21. Sente-se cheio/a de energia?		
22. Sente que para si não há esperança?		
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o/a senhor/a?		
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?		
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?		
26. Tem dificuldade em se concentrar?		
27. Gosta de se levantar de manhã?		
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?		
29. Tem facilidade em tomar decisões?		
30. O seu pensamento é tão claro como era antes?		

Características Fisiológicas e Saúde

Este ponto toca informações das condições físicas e de saúde do indivíduo.

De forma a termos uma visão o mais correta e completa do seu bem-estar físico e saúde geral, agradecemos a cedência das informações abaixo o mais completas que lhe for possível. Obrigada.

1. Aspetos Gerais		Sim	Não
1.1.	Goza de boa saúde no momento Caso negativo, especifique: _____ _____		
1.2.	Está a fazer algum tratamento médico/medicamento? Se afirmativo, que patologia, que tratamento? _____ _____		
1.3.	É doador de sangue regular?		
1.4.	Faz uso habitual de bebidas alcoólicas? Quantidade: _____ Há quanto tempo? _____		
1.5.	Já esteve internado em algum hospital? Em caso afirmativo, indique o motivo: _____ _____		
1.6.	Sofre ou já sofreu de algum tipo de cancro ou tumor maligno? Em caso afirmativo cite a época: _____ _____		
1.7.	Passou durante a sua vida por algum tipo de carência alimentar? Se sim, quando e qual o motivo? _____ _____		

2. Aspetos Específicos		Sim	Não
2.1.	Possui doença respiratória (falta de ar, asma, bronquite)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.2.	Possui doença cardiovascular (problemas de coração, problemas de circulação, varizes)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.3.	Possui doença óssea (membros, coluna)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

2.4.	Possui alguma doença do aparelho digestivo (úlceras, cirrose, hepatite, problema de vesícula biliar, hemorroidas, gastrite, refluxo gastro-esofágico, hérnia do hiato)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.5.	Possui alguma doença do aparelho genital ou urinário (tumores, cólicas renais, pedras nos rins mau funcionamento dos rins ou da próstata, corrimento, doenças mamárias)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.6.	Possui alguma doença do sistema nervoso ou muscular (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC ou derrame)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.7.	Possui alguma doença crônica antiga (diabetes, paralisia, doença renal crônica)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.8.	Possui alguma doença ou sintoma otorrinolaringológico (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
2.9.	Possui alguma doença ou sintoma oftalmológico (dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia, etc)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

Anexo 2 – Alpha de Cronbach

UCLA LS

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	72	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	72	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,930	16

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
UCLA1	1,81	,959	72
UCLA2	1,74	,904	72
UCLA3	1,74	,979	72
UCLA4	1,65	,858	72
UCLA5	1,43	,688	72
UCLA6	1,60	,899	72
UCLA7	1,75	,884	72
UCLA8	1,46	,804	72
UCLA9	1,65	,966	72
UCLA10	1,42	,801	72
UCLA11	1,92	1,017	72
UCLA12	1,57	,836	72
UCLA13	1,63	,985	72
UCLA14	1,68	,990	72
UCLA15	1,82	1,039	72
UCLA16	1,39	,742	72

GDS

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	72	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	72	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,921	30

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
GDS1	,14	,348	72
GDS2	,60	,494	72
GDS3	,51	,503	72
GDS4	,42	,496	72
GDS5	,35	,479	72
GDS6	,39	,491	72
GDS7	,13	,333	72
GDS8	,40	,494	72
GDS9	,25	,436	72
GDS10	,22	,419	72
GDS11	,46	,502	72
GDS12	,42	,496	72
GDS13	,57	,499	72
GDS14	,50	,504	72

GDS15	,08	,278	72
GDS16	,32	,470	72
GDS17	,29	,458	72
GDS18	,32	,470	72
GDS19	,21	,409	72
GDS20	,60	,494	72
GDS21	,42	,496	72
GDS22	,26	,444	72
GDS23	,24	,428	72
GDS24	,39	,491	72
GDS25	,38	,488	72
GDS26	,43	,499	72
GDS27	,10	,298	72
GDS28	,39	,491	72
GDS29	,33	,475	72
GDS30	,26	,444	72

SWLS

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	72	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	72	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,789	5

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
SWLS1	3,39	1,430	72
SWLS2	3,97	1,087	72
SWLS3	4,03	1,244	72
SWLS4	4,03	1,087	72
SWLS5	3,78	1,446	72

ROS

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	72	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	72	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,658	10

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
ROS1	3,39	,640	72
ROS2	3,57	,577	72
ROS3	2,94	1,073	72
ROS4	2,92	,746	72
ROS5	2,83	1,035	72
ROS6	3,24	,661	72
ROS7	3,32	,709	72
ROS8	2,60	,883	72
ROS9	3,24	,896	72
ROS10	3,49	,750	72

PANAS

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	71	98,6
	Excluídos ^a	1	1,4
	Total	72	100,0

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,761	22

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
PANAS1	3,51	,843	71
PANAS3	3,58	1,078	71
PANAS5	3,38	1,100	71
PANAS9	3,30	1,164	71
PANAS10	2,23	1,301	71
PANAS12	3,79	,773	71
PANAS14	2,96	1,088	71
PANAS16	3,75	1,010	71
PANAS17	3,99	,746	71
PANAS19	3,31	1,166	71
PANAS21	3,07	1,246	71
PANAS2	2,06	1,351	71
PANAS4	2,06	1,170	71
PANAS6	1,34	,940	71

PANAS7	1,62	1,087	71
PANAS8	1,18	,543	71
PANAS11	1,79	1,068	71
PANAS13	1,80	1,154	71
PANAS15	2,49	1,443	71
PANAS18	2,20	1,359	71
PANAS20	1,65	1,057	71
PANAS22	2,31	1,369	71

LSNS-6

Resumo de processamento de casos

		N	%
Casos	Válido	72	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	72	100,0

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,858	6

a. Exclusão por método listwise com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de item

	Média	Desvio Padrão	N
LSNS_F1	4,17	2,220	72
LSNS_F2	3,38	2,191	72
LSNS_F3	2,76	1,968	72
LSNS_A1	4,21	2,123	72
LSNS_A2	2,83	2,110	72

LSNS_A3	2,49	2,169	72
---------	------	-------	----