

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Jerónimo Marques Moldes

LITERACIA SOBRE A DEMÊNCIA: ESTUDO SOBRE O CONHECIMENTO DE
ADULTOS E IDOSOS SOBRE FATORES DE RISCO E FATORES DE
PREVENÇÃO PARA A DEMÊNCIA

Dissertação no âmbito do Mestrado em Neuropsicologia Clínica:
Avaliação e Reabilitação orientada pela Professora Doutora Ana Rita
Esteves de Sousa e Silva e apresentada à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Setembro de 2023

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Jerónimo Marques Moldes

**LITERACIA SOBRE A DEMÊNCIA: ESTUDO SOBRE O CONHECIMENTO
DE ADULTOS E IDOSOS SOBRE FATORES DE RISCO E FATORES DE
PREVENÇÃO DA DEMÊNCIA**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Neuropsicologia Clínica:
Avaliação e Reabilitação orientada pela Professora Doutora Ana Rita
Esteves de Sousa e Silva e apresentada à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade de Coimbra**

Setembro de 2023

Literacia para a Demência

Resumo:

Enquadramento: A Demência é um termo geral para designar um conjunto de doenças neurodegenerativas com início inesperado nas quais os seus sintomas iniciais podem ser negligenciados e confundidos com causas naturais do envelhecimento normal, como simples perdas de memória. Continuam a ser desenvolvidos estudos para identificar uma cura para o seu subtipo mais frequente, a Doença de Alzheimer, que afeta cerca de 50 milhões de pessoas a nível mundial. A literacia para a Demência pode ser um veículo para melhor identificação e prevenção do declínio cognitivo, aumentando a consciência sobre a doença, fatores de risco e de prevenção. Existem poucos estudos que afirmam a literacia para a demência na população geral, não havendo, do nosso conhecimento, qualquer estudo em Portugal nesta área.

Objetivos: O presente estudo pretende averiguar conhecimento sobre a Demência de uma amostra da população portuguesa entre os 40 e os 70 anos e compreender as variáveis sociodemográficas mais associadas a uma melhor literacia sobre a demência.

Metodologia: Foi desenvolvido e aplicado o Questionário sobre Envelhecimento e Demência (QED; adaptado de Keage et al., 2021; Marcum, Z.A., et al, 2019; Moldes & Silva, 2022) a uma amostra (N=392) da população portuguesa, recrutada através de questionários em papel e lápis e online. Foram analisadas as relações entre a idade, género, escolaridade e Preocupação para a Demência, Conhecimento Sobre Demência (CSD), Conhecimento da Prevenção da Demência (CPD), Conhecimento de Fatores de Risco Modificáveis (CFRM), e presença de fatores de risco percebidos.

Resultados: Verificou-se que participantes do sexo feminino têm mais Conhecimento Sobre Demência (CSD) relativamente aos participantes do sexo masculino. Participantes com mais

idade tendem a manifestar maior Preocupação com Demência. A escolaridade afeta o Conhecimento Sobre Demência (CSD), Conhecimento da Prevenção da Demência (CPD), Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis (CFRM), sugerindo que quanto mais anos de escolaridade os participantes têm mais conhecimento relativo à Demência é observado. Cerca de 25% dos participantes mostraram bom conhecimento da Demência e só 6.88% dos participantes mostraram não ter conhecimento. Grande parte dos participantes concorda que sedentarismo, isolamento social e depressão são fatores de risco associados à Demência, por outro lado, mais de metade dos participantes discorda que baixo nível de educação formal seja um fator de risco. Relativamente aos fatores de risco percebidos pelos participantes foi observado que participantes menos fisicamente ativos manifestam maior preocupação de desenvolvimento de Demência, tal como participantes que expressaram presença de isolamento social.

Conclusão: Os resultados obtidos demonstram que na amostra portuguesa uma parte dos participantes tem bom conhecimento sobre Demência, por outro lado a grande maioria tem conhecimento limitado, como forma de ultrapassar essa limitação é fundamental haver investimento em campanhas preventivas para Demência e campanhas de promoção da literacia para a Demência. É de notar que quanto mais conhecimento sobre Demência, dos fatores de risco associados e da sua prevenção maior potencial teremos para a sua compreensão, deteção precoce, e diminuição do impacto desta doença na população.

Palavras-chave: Demência; Portugal; Literacia; Envelhecimento; Fatores de Risco; Prevenção.

Dementia literacy

Abstract:

Background: Dementia is a general term for a group of neurodegenerative diseases with an unexpected onset in which its initial symptoms can be overlooked and mistaken for natural causes of normal ageing, such as simple memory loss. Studies are continuing to identify a cure for its most common subtype, Alzheimer's disease, which affects around 50 million people worldwide. Dementia literacy can be a vehicle for better identification and prevention of cognitive decline, increasing awareness of the disease, risk factors and prevention. There are few studies that assess dementia literacy in the general population, and to our knowledge there is no study in Portugal in this area.

Objectives: This study aims to ascertain knowledge about Dementia in a sample of the Portuguese population aged between 40 and 70 and to understand the sociodemographic variables most associated with better Dementia literacy.

Methods: The Questionnaire on Aging and Dementia (QED; adapted from Keage et al., 2021; Marcum, Z.A., et al, 2019; Moldes & Silva, 2022) was developed and applied to a sample (N=392) of the Portuguese population, recruited through questionnaires. The relationships between age, gender, education and Dementia Concern, Knowledge of Dementia (KD), Knowledge of Dementia Prevention (KPD), Knowledge of Modifiable Risk Factors (KMRF), and the presence of perceived risk factors were analysed.

Results: Female participants were found to have more Dementia Knowledge (DK) than male participants. Older participants tended to express greater Dementia Concern. Education affects Knowledge of Dementia (KD), Knowledge of Dementia Prevention (KPD), Knowledge of Modifiable Risk Factors (MRLF), suggesting that the more years of education participants

have, the more knowledge regarding Dementia is observed. Around 25% of participants showed good knowledge of Dementia and only 6.88% of participants showed no knowledge. Most of the participants agreed that a sedentary lifestyle, social isolation and depression are risk factors associated with Dementia, while more than half of the participants disagreed that a low level of formal education is a risk factor. Regarding the risk factors perceived by the participants, it was observed that less physically active participants expressed greater concern about developing Dementia, as did participants who expressed the presence of social isolation.

Conclusion: The results obtained show that in the Portuguese sample, some of the participants have good knowledge of Dementia, while the vast majority have limited knowledge. In order to overcome this limitation, it is essential to invest in Dementia prevention campaigns and campaigns to increase Dementia literacy. It should be noted that the more knowledge there is about Dementia, its associated risk factors, and its prevention, the better will be its understanding, early detection, and reduction of its impact in population.

Keywords: Dementia; Portugal; Literacy; Aging; Risk Factors; Prevention.

Agradecimentos:

Aos meus pais que sempre me apoiaram em todo o meu percurso académico.

Aos meus avós por todos os conselhos sábios que me deram e por todo o apoio e carinho dado durante estes cinco anos.

Aos meus amigos por toda a força, ajuda e gargalhadas que me deram.

Aos meus colegas e amigos que Coimbra me deu.

Aos Professores por todas as aprendizagens e conhecimentos transmitidos, especialmente à Professora Doutora Ana Rita Silva por toda a paciência e ajuda que me deu em todo o meu percurso.

Lista de Abreviaturas

QED: Questionário sobre Envelhecimento e Demência

OCDE: Organization for Economic Co-operation and Development

AVC: Acidente Vascular Cerebral

ANOVA: Análise de Variância

DP: Desvio Padrão

M: Média

PAF: Population Attributable Fraction

B: Unstandardised beta

CI: Confidence Interval

CSD: Conhecimento Sobre Demência

CPD: Conhecimento da Prevenção de Demência

CFRM: Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis

RJ: Risk Judgement

Índice

I-Enquadramento conceptual	14
1.1-Dados OCDE e Portugal	14
1.2-Fatores de Risco	18
1.3-Fatores protetores.....	20
1.4-Literacia para a Demência.....	21
1.5- Conhecimento da população sobre a Demência e fatores de risco e protetores associados	22
II- Estudo	24
2.1- Objetivos.....	24
2.2- Metodologia.....	25
2.2.1 – Recrutamento de Participantes	25
2.2.2 –Procedimentos	26
2.2.3 – Questionário sobre Envelhecimento e Demência (QED).....	26
2.3 – Análise estatística	28
III-Resultados	29
3.1- Caracterização da amostra	29
3.2- Diferenças sociodemográficas no questionário QED (Questionário sobre envelhecimento e demência).....	31
3.3- Caracterização das frequências de resposta nas dimensões do Questionário	35
3.3.1- Conhecimento sobre Demência	35
3.3.2- Conhecimento sobre a Prevenção da Demência	35
3.3.3- Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis	36
3.3.4- Avaliação da diminuição dos fatores de risco	37
3.3.5- Presença de Fatores de Risco percebidos e associação com variáveis da escala.	38
3.3.6- Preocupação de desenvolvimento de Demência e Ação.....	39
3.3.7- Fontes de informação	41
IV-Discussão	41
VII – Anexos	58

Índice de ilustrações

Figura 1 - População a cima dos 65 anos de idade e a cima dos 80 anos de idade, em 2019 e perspetivas para 2050.....	15
Figura 2 - Esperança média de vida aos 65 anos de idade em 1970 e 2019.....	16
Figura 3 - Esperança média de vida aos 65 anos de idade em 1970 e 2019, diferenças entre géneros.....	17
Figura 4 - Prevalência da Demência em 2021 e previsões para 2050.....	18
Figura 5 - Conhecimento da Prevenção da Demência.....	36
Figura 6 - Conhecimento dos fatores de risco modificáveis associados à Demência.....	37
Tabela 1 - Dados Sociodemográficos da Amostra.....	30
Tabela 2 - Estatísticas descritivas.....	31
Tabela 3 - Diferenças de género para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência.....	32
Tabela 4 - Diferenças de idade para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência.....	33
Tabela 5 - Diferenças de escolaridade para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência.....	34
Tabela 6 - Pontuações médias dos participantes sobre a redução de fatores de risco.....	37
Tabela 7 - Correlação de Pearson entre fatores RJ, CPD, CSD, CFRM.....	38
Tabela 8 - Relação entre a Preocupação com Demência e a presença de fatores de risco.....	40
Tabela 9 - Correlação de Pearson entre fatores Risk Judgement, Preocupação com Demência, Hipertensão, Perda audição, Diagnóstico de depressão, Diabetes, Obesidade, Fuma, Sentiu isolamento e Fisicamente ativo.....	77
Anexo 1- Questionário sobre Envelhecimento e Demência.....	58
Anexo 2 - Tabela 9.....	77

Introdução:

O século XXI vai ser conhecido como o século dos grandes feitos, das grandes descobertas, das grandes reviravoltas políticas, sociais, económicas e científicas e, também, o século em que existem mais pessoas envelhecidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde no relatório sobre envelhecimento e saúde, é o século em que grande parte da população pode dizer, firmemente, que viveu para além dos 60 anos de idade (McGuigan et al., 2017).

Embora os desenvolvimentos da medicina estejam a ser uma ferramenta fundamental para melhorar a esperança média de vida associada a uma melhoria das condições de vida, o aumento da esperança média de vida, por sua vez, aumenta a população idosa e, com ela, o número de pessoas a viver com doenças crónicas/de longa duração (OECD, 2021; Roser & Rodés-Guirao, 2013).

Dado que o crescente envelhecimento da população mundial é um sinal positivo na medida em que está associado a uma tendencial melhor qualidade de vida, melhores experiências significativas, melhores condições para vivermos harmoniosamente, ao envelhecimento também se encontram associados alguns efeitos deletérios, como o declínio de várias funções cognitivas e também o surgimento de várias doenças, cujo principal fator de risco é a idade. Um desses exemplos são as doenças neurodegenerativas que são, ainda, atualmente incuráveis, como é o caso da Demência e dos seus vários tipos (De Stefano et al., 2019; OECD, 2021). A Demência é uma doença de início insidioso e os seus sintomas iniciais podem ser negligenciados e confundidos com expressões do envelhecimento normal, como simples perdas de memória, e assim sendo tardiamente diagnosticada e sendo a intervenção adiada, com impacto significativo na qualidade de vida da pessoa. A nível mundial, continuam a ser desenvolvidos estudos para identificar uma cura para a Demência, em particular para a

sua forma mais frequente, a Doença de Alzheimer. Perante os insucessos sucessivos em ensaios clínicos de fármacos curativos, tem crescido iniciativas no sentido de intervir a nível da prevenção desta doença. Um elemento importante para a prevenção da Demência que tem reconhecido vários investimentos governamentais e não governamentais diz respeito às campanhas preventivas que, com um baixo investimento, podem ser usadas em vários locais como redes sociais, televisão, rádio e jornais e sensibilizar a comunidade para uma maior consciência sobre a doença e uma maior capacidade de identificação precoce dos sinais de perda cognitiva.

O intuito base do estudo exploratório aqui descrito na presente dissertação de Mestrado consiste em aumentar a compreensão acerca do conhecimento que a população portuguesa tem acerca da Demência. Está subentendido que o impacto antecipado deste estudo será integrar os resultados obtidos como uma forma de modificar as abordagens preventivas sobre a Demência, continuando a desenvolver trabalhos neste campo.

Posto isto, o presente trabalho foi organizado em duas partes distintas, a conceptualização teórica, onde é feito um enquadramento de conceitos como os dados da Demência da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) a nível global, e da população de Portugal, com particular interesse de estudo neste trabalho, os fatores de risco para a Demência, a literacia para a Demência em vários países, de modo a estabelecermos um paralelismo entre vários países e a realidade de Portugal. Na segunda parte desta dissertação serão explorados os dados do estudo empírico, nomeadamente os resultados extraídos da aplicação do “Questionário sobre Envelhecimento e Demência” (Adaptado de Keage, H.A.D et al., (2021), e Marcum, Z.A., et al, (2019), Moldes, J. & Silva, A.R. (2022)) onde que vão ser apresentados os objetivos, a metodologia do estudo, os procedimentos, os participantes, a análise estatística dos dados obtidos no questionário e, posteriormente uma

análise dos resultados e discussão e conclusão dos mesmos comparando os dados com outros países e outros estudos. Pretende-se com a apresentação deste estudo empírico contribuir para o aumento do conhecimento sobre o estado da literacia da população portuguesa relativamente aos fatores de risco e fatores protetores da demência, elemento fulcral (a literacia) para a implementação de medidas globais preventivas.

I-Enquadramento conceptual

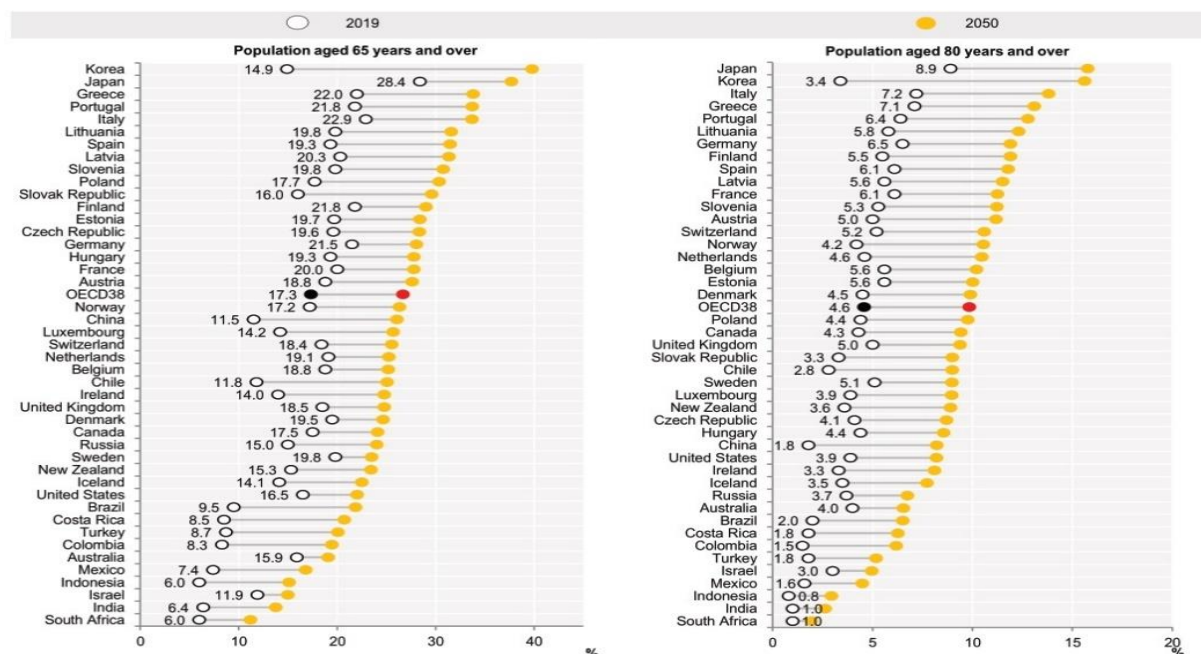
1.1-Dados OCDE e Portugal

Os avanços da medicina juntamente com as melhorias das condições de vida têm proporcionado à população mundial um crescimento exponencial. Como consequência desse evento assiste-se um aumento na esperança média de vida, que, por sua vez, leva a um aumento da população idosa. São bons indicadores para os seres humanos, porque vivem mais tempo e têm melhores e mais experiências de vida, no entanto, acarreta igualmente desafios, tanto a nível económico, ambiental como de saúde (OECD, 2021; Roser & Rodés-Guirao, 2013).

No que concerne a tendência demográfica e, segundo os indicadores da OCDE de 2021 (OECD, 2021), é observável, uma tendência demográfica crescente ao longo das décadas.

Quanto ao grupo da ODCE, como vemos na Figura 1, em 2019 havia 17.3% da população acima dos 65 anos de idade e as projeções para o ano de 2050 são de 26.7% da população estar acima dos 65 anos e idade, sendo assim, é observável, um crescimento de 9.4% em cerca de 30 anos (OECD, 2021).

Figura 1 - População a cima dos 65 anos de idade e a cima dos 80 anos de idade, em 2019 e perspectivas para 2050.



Sources: OECD Health Statistics 2021, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2021.

Nota. Retirado de OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

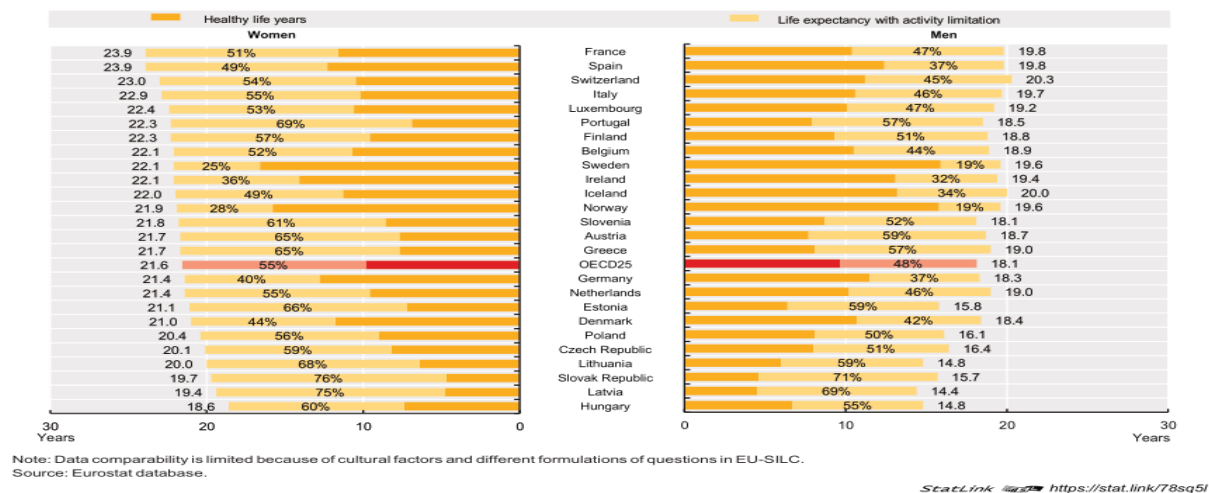
Por outro lado, no que concerne a população portuguesa (Figura 1) é possível observar dados congruentes com os da OCDE. É notável um aumento do número de pessoas acima dos 65 anos de idade. Em 2019, 21.8% da população portuguesa estava acima dos 65 anos de idade e projeções indicam que no ano 2050 esse número irá aumentar em 11.9%. Dentro da população de 65+ anos há um aumento maior na faixa etária dos 80+ anos, onde se verifica grandes aumentos. Quando se comparam os dados de 2019 com as projeções para 2050, os números duplicam (OECD, 2021).

Nos dados da ODCE, na totalidade dos países membros, há projeção de um crescimento de pessoas 80+ anos de 5.2% até 2050 (Figura 1). Já em Portugal os dados estão em

conformidade com o observável na OCDE, as projeções indicam haver um crescimento da faixa etária 80+ anos, para o ano de 2050, de 6.4% (OECD, 2021).

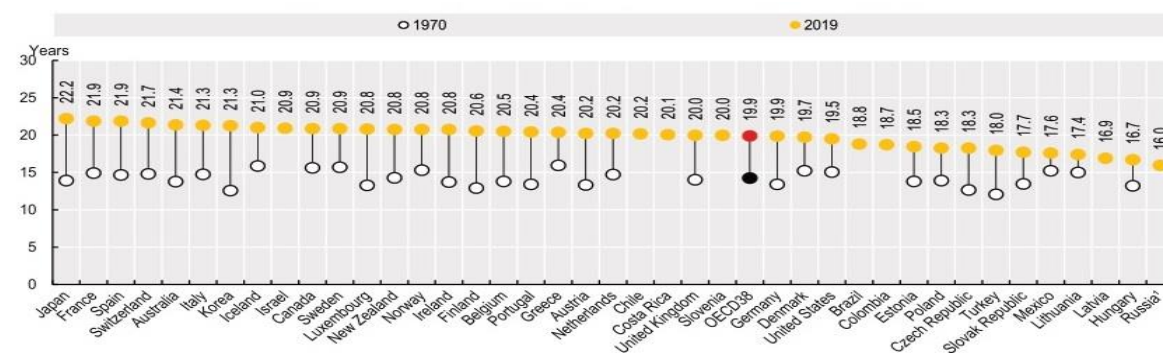
Relativamente à esperança média de vida (Figura 2) na OCDE e em Portugal, há uma comparação entre os dados dos anos de 1970 e de 2019 e também por sexo (Figura 3). No relatório feito, em média, as pessoas que viviam na OCDE com 65+ anos, viveriam por mais 19.9 anos. Há diferenças entre homens e mulheres onde se observa que as mulheres viviam, em média, mais 3.3 anos. Em Portugal os valores são semelhantes, num total, as pessoas em Portugal vivem, em média, mais 20.4 anos, após os 65 anos de idade e, em concordância com os dados relativos aos países da OCDE, as mulheres vivem, em média, mais 3.8 anos de idade que os homens (OECD, 2021).

Figura 2 - Esperança média de vida aos 65 anos de idade em 1970 e 2019.



Nota. Retirado de OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Figura 3 - Esperança média de vida aos 65 anos de idade em 1970 e 2019, diferenças entre géneros.



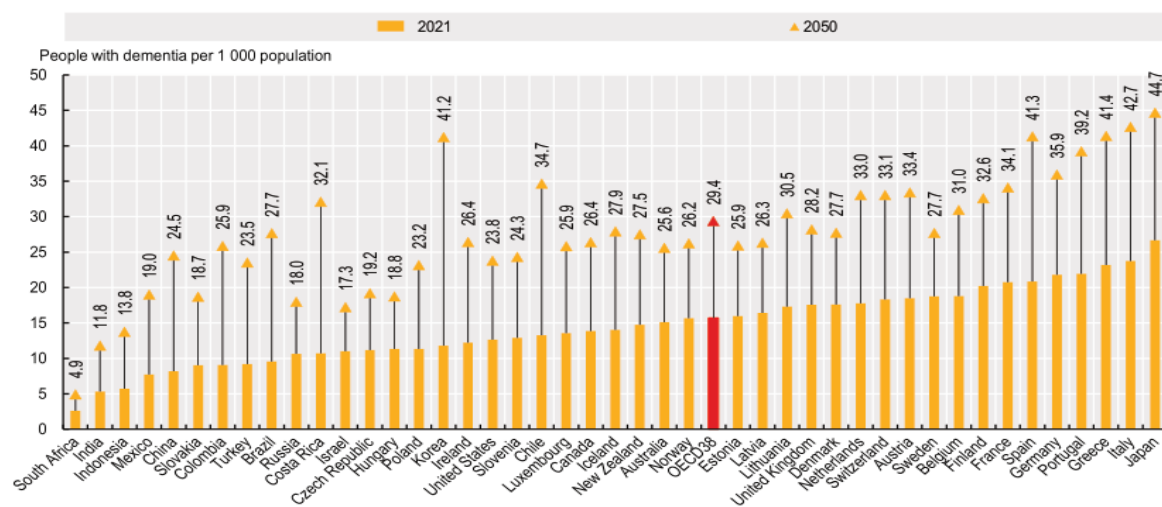
1. 2018 data.
Source: OECD Health Statistics 2021.

StatLink  <https://stat.link/3j9peq>

Nota. Retirado de OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Relativo à prevalência da Demência, é observável, na Figura 4, que em 2021 na OCDE havia, em média, cerca de 15 indivíduos com Demência por cada 1000 indivíduos e a previsão para 2050 será de um aumento substancial para 29 indivíduos com Demência por 1000 habitantes. No que diz respeito a Portugal, está situado como o quarto país com mais pessoas com Demência por cada 1000 habitantes. Os dados de 2021 indicavam que a cada 1000 habitantes haveria cerca de 22 indivíduos com Demência e, segundo o que as previsões indicam em 2050 haverá cerca de 39 indivíduos com Demência por cada 1000 habitantes (OECD, 2021).

Figura 4 - Prevalência da Demência em 2021 e previsões para 2050.



Sources: OECD analysis of data from the World Alzheimer Report 2015 and the United Nations World Population Prospects.

StatLink  <https://stat.link/70a36x>

Nota. Retirado de OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Tanto os dados gerais da OCDE como os dados portugueses são alarmantes. Mesmo havendo muita investigação sobre a Demência e muitos recursos financeiros investidos na mesma, a Demência é uma doença que, neste momento, não tem cura e, nesse sentido, uma das possibilidades que existe é a de não só alertar a população sobre a Demência, dando a conhecer os fatores de risco e protetores, mas também, desenvolver estratégias que previnam o declínio cognitivo e Demência (Livingston et al., 2020).

1.2-Fatores de Risco

A Demência é conhecida como uma doença neurodegenerativa imprevisível, não havendo uma altura específica para ter início nem um motivo em concreto para ocorrer. A forma eficaz de prevenir a Demência é conhecer a doença, saber quais os seus sintomas,

diferentes tipos de Demência e os fatores de risco associados às mesmas. (*Dementia Australia, 2023*)

Relativamente aos fatores de risco associados à Demência no geral, há uma divisão entre os modificáveis, que são os que são possíveis de ser modificados ao longo da vida, e os não modificáveis que são os não possíveis de alterar. Dentro dos não modificáveis podemos identificar a idade; o género; variações genéticas; acidentes possíveis de afetar o cérebro (Loeffler, 2021); ocorrência de demência na família, podendo assim ser mais provável o indivíduo desenvolver a doença; ter presente no código genético o gene APOE4 (Low et al., 2022), que segundo estudos pode ser um forte preditor de doença de Alzheimer e, está associado a um risco de desenvolvimento de amiloide não normal em estádios precedentes à Demência (Young et al., 2023).

No que concerne os fatores de risco modificáveis os mais prevalentes são a baixa educação formal, perda de audição, hipertensão, obesidade, tabagismo, depressão, sedentarismo, isolamento social e diabetes (Keage et al., 2021). Segundo a literatura todos estes fatores de risco modificáveis estão associados a determinada altura da vida do indivíduo, sendo elas idade jovem (< 45 anos), meia idade (45 a 65 anos) e idade avançada (> 65 anos). Encontram-se, assim, associados à idade jovem a baixa educação formal, associados à meia-idade estão a perda de audição, hipertensão e obesidade, e relacionados com a idade avançada estão os fatores como o tabagismo, depressão, isolamento social, sedentarismo e diabetes (Livingstone et al., 2020).

Ainda na literatura dos fatores de risco, os descritos acima vêm apresentados em estudos anteriores como de Carl D'Arcy (1994), Yoshitake (1995), Doll (2000), Gates (1996), Jorm (2000), Breteler (1998), Fratiglioni (2000), onde os autores concluíram que menor grau

de educação formal, ocorrência passada de AVC, pressão arterial alta, consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo, perda de audição, depressão, diabetes e relações sociais fracas têm propensão para o desenvolvimento de Demência. Os dados dos estudos anteriores são corroborados no estudo de Livingston e colaboradores, (2020) onde os fatores de risco apresentados são os mesmos, com a adição da poluição do ar, algum tipo de acidente a nível cerebral e consumo excessivo de álcool.

O estudo de Oliveira e colaboradores (2019) em que comparou amostras de três países, de baixo, médio e alto rendimento, respetivamente, Moçambique, Brasil e Portugal, mostrou que nos dados portugueses o sedentarismo (53.9% prevalência), baixa educação formal (46.4% prevalência), tabagismo (20% prevalência) e hipertensão (19.8% prevalência) são os fatores de risco mais comum.

1.3-Fatores protetores

Do mesmo modo como existem fatores que podem aumentar o risco de desenvolver demência, existem uma série de medidas que podem reduzir esse mesmo risco, chamados de fatores protetores. Em relação a estes, e segundo Baumgart et al., (2015) mais anos de educação formal, atividade física regular, dieta equilibrada, treino cognitivo, consumo moderado a baixo de álcool e mais conexões sociais são fatores que protegem o indivíduo para o desenvolvimento de Demência.

Segundo Baumgart et al., (2015) o simples exercício de fazer caminhadas diárias pode reduzir o risco de declínio cognitivo. No que concerne a dieta mediterrânica, há informação limitada quanto aos benefícios que as várias comidas dentro dessa dieta trazem para a diminuição do risco de declínio cognitivo. No entanto, estudos sugerem que o consumo de

carnes vermelhas, peixe, frutos secos, fruta e cereais podem estar associados a um risco reduzido de desenvolvimento de complicações cognitivas (Morris et al., 2015; Psaltopoulou et al., 2013).

1.4-Literacia para a Demência

O conhecimento sobre as causas da Demência, dos fatores de risco e dos fatores protetores, tem como objetivo ajudar a consciencializar para a importância para a prevenção da Demência.

A possibilidade de prevenir a Demência através da literacia e de outros métodos antevê-se como não tendo apenas impacto para a pessoa individual, mas também, para os cuidadores formais, para familiares que já tenham tido casos de Demência na família e para outras pessoas envolvidas nos seus cuidados de saúde (Lüdecke et al. 2015).

Quanto à literacia para a Demência em vários países do mundo, é possível observar diferenças significativas do mesmo modo que é possível encontrar alguns padrões de nível de conhecimento comuns entre vários países. Relativamente aos indicadores de conhecimento que são semelhantes entre países, é possível observar que, independentemente do país em que seja feito o estudo, os indivíduos relatam fatores protetores para a Demência idênticos, por exemplo exercício físico regular, boa alimentação e uma dieta variada, manter uma boa saúde mental (Kielvik et al., 2022; Low & Anstey, 2009; Roberts et al., 2014; Van Asbroeck et al., 2021) e, a toma de suplementos vitamínicos para o corpo e mente, tem sido mostrado pela população como um fator protetor para a saúde mental e, conseqüentemente, para a Demência (Roberts et al., 2014).

Em Portugal, tanto quanto foi possível apurar, não existem até à data estudos epidemiológicos relacionados com o conhecimento sobre a Demência que nos permitam apurar o nível de literacia para a demência neste país.

1.5- Conhecimento da população sobre a Demência e fatores de risco e protetores associados

Apesar da ausência de estudos portugueses, existem vários países que já se debruçaram extensamente sobre compreender o conhecimento que a população tem acerca da demência e dos seus fatores de risco e fatores protetores.

Um estudo australiano evidenciou que a população jovem está consciente que a Demência é uma doença com grande crescimento e de elevada preocupação. Contudo, apesar dessa consciência global, apenas cerca de 25% dos indivíduos da faixa etária dos 18 anos aos 44 anos mostraram ter um bom conhecimento da Demência e descrevem-na como uma doença que afeta o dia a dia e a independência do indivíduo e também afeta o indivíduo a nível cognitivo. 70% dos indivíduos mostra algum conhecimento sobre a Demência, tendencialmente mais geral e pouco concreto, e 5% dos respondentes mostrou não ter qualquer conhecimento sobre a doença (Keage et al., 2021).

Kielvik e colaboradores (2022) num estudo desenvolvido com população norueguesa, e com 1435 participantes, de idades compreendidas entre os 40 a 70 anos, extraíram que 70% do público norueguês tem conhecimento e está ciente dos fatores de risco para a Demência e também de como reduzir os mesmos. Nesse estudo houve três fatores de risco que a esmagadora maioria dos participantes mostrou serem os mais fortes para a Demência, os mesmos são o sedentarismo, falta de estimulação cognitiva e o isolamento social, por outro lado, a diabetes,

problemas do foro cardiovascular e perda de audição foram os três menos identificados como fatores de risco. De salientar que este nível elevado de conhecimento neste país se descreve como estando associado a políticas de saúde orientadas para a prevenção da demência desde os 45 anos (Kielvik et al., 2022), existindo uma forte consciencialização do público-alvo.

Num estudo holandês em que o objetivo era avaliar o conhecimento que a comunidade tem sobre fatores de risco para a Demência, concluíram que 54% da população estudada (n=590) não estavam cientes que há uma forte relação entre estilos de vida saudáveis e não saudáveis e o risco de Demência. E, mais uma vez, os três fatores de risco, predominantemente, mais referidos são o sedentarismo, falta de estimulação cognitiva e hábitos alimentares não saudáveis (Heger et al., 2019).

Dados semelhantes com os do estudo de Heger (2019) são observados no estudo de Liu et al. (2019) que apurou a literacia sobre a demência em população chinesa, através da aplicação WeChat e mostrou, essencialmente, percentagens semelhantes à comunidade holandesa, em que 50.84% dos participantes (n=10562) reconheceu e identificou corretamente os fatores de risco, e os restantes falharam nesse reconhecimento (Ott et al., 1998). Além disso, é mostrado que o grau de conhecimento da Demência e dos seus fatores protetores e de risco aumenta com mais educação formal, local de residência e também a exposição a informação para a Demência.

Num estudo no Japão foi mostrado haver diferenças significativas nas respostas de homens e de mulheres, em que as mulheres, de meia-idade, têm mais conhecimento do que as mais jovens e mais velhas. No mesmo estudo foi, também, apresentado, que, de um modo geral, o conhecimento sobre os fatores biomédicos da Demência está a falhar de algum modo, tanto nas questões genéticas, as causas e os tratamentos (Arai et al., 2008b).

Já na Alemanha, Lüdecke et al., (2015) desenvolveu um estudo com vários objetivos, mas o mais importante para aqui é o “qual o conhecimento da população alemã sobre a Demência”, em que foram inquiridas 1795 pessoas chegando à conclusão que o conhecimento da Demência é caracterizado por algum grau de incerteza e que pessoas com contacto direto com Demência e pessoas com elevado grau de educação formal tendem a registar melhor conhecimento, algo que já observado em outros estudos. Disso exemplo é um estudo desenvolvido na Coreia do Sul que mostra que 52.7% dos participantes diz que a Demência não tem cura, e deste estudo concluiu-se também que o nível de conhecimento da Demência está negativamente associado com o aumento da idade, mas está positivamente relacionado com maior grau de educação formal (Seo et al., 2014).

II- Estudo

2.1- Objetivos

O presente estudo tem como objetivo explorar o conhecimento que a população portuguesa dos 40 aos 70 anos de idade tem sobre a Demência, e os fatores de risco e protetores associados a esta. Para responder a este objetivo foi desenvolvido questionário – Questionário sobre Envelhecimento e Demência – e os resultados deste vão ser associados aos dados sociodemográficos (idade, género, escolaridade, etc) de modo a compreender como é que estas variáveis influenciam ou não o conhecimento sobre a Demência que os indivíduos têm.

Neste estudo exploratório, os seguintes objetivos específicos com base na literatura:

1. Caracterizar o conhecimento sobre a Demência numa amostra de adultos e idosos portugueses;

2. Caracterizar o conhecimento sobre Fatores de Risco para a Demência numa amostra de adultos e idosos portugueses;
3. Compreender se a idade influencia o nível de conhecimento sobre a demência;
4. Compreender se os indivíduos do sexo feminino apresentam maior conhecimento sobre a demência do que indivíduos do sexo masculino;
5. Compreender se um maior nível de escolaridade está associado a um maior nível de conhecimento sobre a demência;
6. Compreender se um maior número de fatores de risco apresentados pelos indivíduos inquiridos está associado a uma maior literacia sobre a demência.

2.2- Metodologia

2.2.1 – Recrutamento de Participantes

Para participar neste estudo, procedeu-se à divulgação do mesmo nas redes sociais (Facebook, LinkedIn, etc) e em Universidades Sêniores, Lares e no local de estágio curricular (SE-mente). A divulgação a instituições foi feita via e-mail, por telefonema, ou contactando presencialmente. Nos Lares houve contacto presencial, no qual foram abordadas as presidentes dos mesmos, tendo sido explicado o questionário e a sua aplicação. Na divulgação online foi apresentado o link para o estudo que incluía o Consentimento Informado e o questionário QED – Questionário de Envelhecimento e Demência. Na aplicação presencial do questionário, procedeu-se a uma explicação breve dos objetivos do estudo aos potenciais participantes, e foram apresentados o Documento de Consentimento Informado e o QED aos participantes que oralmente manifestaram interesse em participar.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes: idades compreendidas entre 40 e 70 anos de idade, competências de leitura e escrita que possibilitassem a resposta autónoma ao questionário, e residência em Portugal.

2.2.2 – Procedimentos

Após o acesso online ao link do questionário ou presencialmente sendo entregue o Documento de Consentimento Informado, foi solicitada a assinatura ou confirmação do Consentimento, e foi apresentado o questionário, que inclui recolha de informação sociodemográfica e questões fechadas e abertas sobre Envelhecimento e Demência.

2.2.3 – Questionário sobre Envelhecimento e Demência (QED)

O questionário QED foi construído através de uma adaptação do instrumento utilizado estudo de Keage (2021) e do estudo Marcum et al. (2019), tendo sido introduzidas alterações para melhor adequar aos objetivos do presente estudo. As alterações foram na faixa etária em que o estudo se foca, dos 40 aos 70 anos de idade. O motivo da escolha dessa faixa etária provém de estudos idênticos como de Kielvik (2022), Low & Anstey (2009), Roberts (2014), Van Asbroeck (2021), nos quais foram retirados dados de uma faixa etária semelhante, e segundo o pressuposto de que as medidas de intervenção preventiva na demência devem iniciar-se a partir dos 40 anos. Houve também alterações na questão da escolaridade, a qual foi dividida em cinco diferentes grupos “0-2 anos”; “3-4 anos”; “5-9 anos”; “10-12 anos”; “12+ anos” (anexo 1). Do questionário usado no estudo de Marcum et al. (2019) foram retiradas

questões sobre o estado profissional da pessoa e qual a importância de haver “check-ups” regulares do estado mental.

O questionário incluiu questões iniciais com o objetivo o levantamento dos dados sociodemográficos (idade, género, escolaridade, localização geográfica e a contexto habitacional – rural, urbana), bem como para confirmar a elegibilidade dos participantes.

O questionário está desenhado para avaliar 7 dimensões, a saber: 1- A Compreensão da Demência (Q15, Q16), onde foi criada uma variável Conhecimento Sobre Demência (CSD). A variável CSD surgiu do somatório da cotação da Q15 e Q16, onde Q15 seria igual a 1 ponto se respondessem sim e 0 pontos de respondessem não. Na Q16 a cotação seria de 0, 0.5, 1, 1.5 e 2, no qual, quanto mais aproximada a resposta estava da definição de Demência usada, mais pontuação tinha o participante. Onde 0 pontos seria uma não resposta ou muito longe da definição, 0.5 teria um ponto em comum, 1 já tinha alguns pontos chaves da definição, 1.5 estava muito próxima da definição e 2 era uma resposta completa. A definição de Demência foi retirada do site da Alzheimer Portugal (alzheimerportugal.org) - “Demência é o nome utilizado para descrever os sintomas de um grande grupo de doenças, que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. As pessoas com Demência têm perda de memória e dificuldades de comunicação. Também, apresentam problemas de pensamento, dificuldade em reconhecer pessoas e, por vezes, podem esquecer-se para que servem certas coisas. Durante muito tempo, a pessoa pode exteriormente ter um aspeto saudável, mas, por dentro, o seu cérebro não está a funcionar corretamente.”.

A dimensão: 2- O conhecimento da Prevenção para a Demência (Q19) e com a adição dos valores de Q19 foi criada a variável Conhecimento Para a Prevenção Demência (CPD) com uma cotação mínima de 6 pontos e máxima de 36.

A dimensão 3- O Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis associados à Demência (Q23), onde com a adição das questões Q23 foi criada a variável Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis (CFRM) com uma cotação mínima de 9 pontos e máxima de 54.

A dimensão 4- A Avaliação da Diminuição dos Fatores de Risco (Q24 a Q41) onde há valores mínimos de 0 e máximos de 20 (percentagem).

A dimensão 5- A Presença de Fatores de Risco (Q12 e Q42), com uma variação de cotação de não resposta a 2 pontos. As possíveis respostas são Sim (tratado) e Sim (não tratado) foram cotadas com 2 pontos e Não cotadas com 1 ponto.

A dimensão 6- A Preocupação de Desenvolvimento de Demência e Ações a Tomar (respetivamente Q18 e Q43). A questão 19 tem uma cotação de Não de todo, Um pouco preocupado, Moderadamente preocupado, Muito preocupado e Extremamente preocupado. Já a questão 55 é avaliada com Sim ou Não.

A dimensão 7- Fontes de Informação (Q20), na qual existe no questionário uma lista de fontes de informação possíveis e possibilita múltiplas respostas.

A duração média de preenchimento do questionário foi 25 minutos.

A recolha dos dados decorreu entre 9 de dezembro de 2022 a 15 de junho de 2023. O questionário online foi apresentado na plataforma Google Forms e também de questionários em papel.

2.3 – Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao Software R, RStudio (versão 2023.06.0) e também através do Software IBM SPSS, versão 27.

Serão realizadas estatísticas descritivas (análises de frequência e análises descritivas) apresentadas através de percentagens ou de médias e desvios-padrão. Além disso, serão também realizadas estatísticas inferenciais (nomeadamente testes de associação e de diferença). Relativamente às comparações entre sexo face às variáveis do conhecimento de demência, será realizado um teste T para amostras independentes, enquanto as comparações entre níveis etários e níveis de escolaridade face às mesmas variáveis serão analisadas através de Análises de Variância Unidirecional (ANOVA) e respetivos testes Post-Hoc (Tukey). Diferenças significativas serão consideradas quando obtivermos valor de $p < .05$ (Fisher, 1972). Em face de diferenças significativas será calculada a magnitude do efeito através do d de Cohen (Cohen, 1988), (< 0.2 efeito pequeno, $0.2-0.5$ efeito moderado, $0.5-1.0$ efeito elevado, > 1.0 efeito muito elevado)

Serão ainda analisadas relações entre as variáveis sociodemográficas e variáveis de conhecimento sobre a demência através do coeficiente de correlação de Pearson, sendo que o valor absoluto de r, quando as associações são significativas a $p < .05$, será aferido da seguinte forma: associação fraca $< .25$, associação moderada, $0.25-0.50$, associação forte, $0.50-0.75$ e associação muito forte $> .75$

Serão ainda realizadas análises de regressão ordinal e linear no sentido de averiguar o valor preditivo de algumas medidas nas variáveis da escala.

III-Resultados

3.1- Caracterização da amostra

No total responderam ao questionário 459 pessoas, sendo que 63 dos questionários foram administrados em formato papel e lápis. Dos respondentes ao questionário, 67 destes

foram eliminados da base de dados por não se encontrarem no intervalo de idades, não cumprindo, por isso, os critérios de inclusão. Foi obtida uma amostra final de 392 indivíduos, com uma distribuição relativamente equilibrada entre escalões etários, no entanto menos equilibrada no género pertencendo uma grande parte da amostra ao sexo feminino. (67,4%).

Quanto ao local de residência, a maioria dos respondentes residem no centro do país (82%) e só uma pequena percentagem nas ilhas (3%).

Os participantes, na sua maioria, tinham como língua materna o português salvo algumas exceções que tinham inglês, francês, italiano, polaco, brasileiro, suíço ou holandês como língua materna, sendo eles uma fração mínima da amostra (3.06%) amostra.

Relativamente à escolaridade, mais de metade dos participantes tem acima de mais de 12 anos de escolaridade (54%). A escolaridade menos frequente entre os participantes é a dos 3 a 4 anos.

Tabela 1

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos da Amostra

Características da amostra	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Género				
Feminino	264	67.4		
Masculino	128	32.6		
Idade			53.76	8.612
40-44	75	19.1		
45-49	66	16.8		
50-54	59	15.1		
55-59	72	18.4		
60-64	72	18.4		
65-70	48	12.2		
Escolaridade				
3-4 anos	36	9.2		
5-9 anos	57	14.5		
10-12 anos	87	22.2		
+ de 12 anos	212	54.1		
Residência				
Centro	324	82.6		

Norte	41	10.5
Sul	15	3.8
Ilhas	12	3.1
Língua materna		
Português	381	91.2
Inglês	4	1
Francês	2	0.5
Polaco	1	0.26
Italiano	1	0.26
Brasileiro	1	0.26
Suiço	1	0.26
Holandês	1	0.26

Notas. $N = 392$. Legenda: M – Média; DP – Desvio Padrão.

3.2- Diferenças sociodemográficas no questionário QED (Questionário sobre envelhecimento e demência)

Com base na tabela 2, é possível observar os resultados da amostra nas 7 dimensões da escala avaliadas.

Tabela 2

Tabela 2 - Estatísticas descritivas

Variáveis da amostra	Mín.	Máx.	Média (DP)
CSD	0	2	1.075 (0.399)
CPD	13	33	23.69 (3.389)
CFRM	9	54	35.20 (7.922)
Avaliação Fatores de Risco	1	2	-
Presença Fatores de risco (Risk Judgement)	0	20	11.656 (1.268)
Preocupação com a Demência	1	5	2.58 (1.074)
Fontes de informação	-	-	2.35 (1.53)

Notas. $N = 392$. Legenda: **CSD** – Conhecimento Sobre Demência **CPD** – Conhecimento Sobre a Prevenção da Demência; **CFRM** – Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis; **Min.** – Mínimo; **Máx.** – Máximo; **DP** – Desvio Padrão.

Na tabela 3 referente às diferenças quanto ao gênero para as Dimensões CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência verifica-se que as pessoas do sexo feminino pontuam acima das pessoas do sexo masculino na dimensão CSD – Conhecimento Sobre Demência (Feminino - M = 1.098; DP= 0.415; Masculino - M=1.027; DP=0.362, $t(392)=-2.371$, $p=.002$). A magnitude deste efeito é considerada moderada ($d=0.255$) Não se verificaram outras diferenças significativas entre os dois sexos nas outras dimensões da escala.

Tabela 3

Tabela 3 - Diferenças de gênero para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência.

	Masculino (N=128)	Feminino (N=264)	Teste estatístico (t)	Sig. (p.)
CSD (M/DP)	1.027 (0.3621)	1.098 (0.4157)	-2.371	0.018*
Preocupação com Demência (M/DP)	2.55 (1.107)	2.59 (1.060)	-1.655	0.099
CPD (M/DP)	23.11 (3.133)	23.97 (3.477)	1.209	0.227
CFRM (M/DP)	35.89 (6.786)	34.86 (8.409)	-0.345	0.730

Notas. N = 392. Legenda: CPD – Conhecimento para a Demência; CFRM – Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis; CSD – Conhecimento Sobre Demência.

Analisando a tabela 4 relativamente às diferenças entre grupos etários para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência foram observadas diferenças significativas entre os grupos etários quanto à preocupação de desenvolvimento de Demência ($F(386)=2.98$, $p=.01$) com uma magnitude da diferença fraca ($\eta^2=.037$). Os testes Post Hoc revelaram que o grupo etário de 65-70 anos apresenta maior preocupação (M=2.88, DP=1.18)

do que o grupo etário 60-64 anos ($M=2.29$; $DP=1.05$) ($p=.03$), relativamente à possibilidade de desenvolver demência, não se encontrando diferenças entre os restantes grupos etários.

Tabela 4

Tabela 4 - Diferenças de idade para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência.

	40-44 anos (N=75)	45-49 anos (N=66)	50-54 anos (N=59)	55-59 anos (N=72)	60-64 anos (N=72)	65-70 anos (N=48)	Z- score (z)	Sig. (p.)	Eta quadrado (η^2)
CSD (M/DP)	1.120 (0.4414)	1.030 (0.3811)	1.119 (0.4187)	1.097 (0.3993)	1.042 (0.4003)	1.031 (0.3327)	0.752	0.585	0.010
Preocupação com Demência (M/DP)	2.36 (1.035)	2.68 (1.010)	2.75 (1.168)	2.68 (0.962)	2.29 (1.054)	2.88 (1.178)	2.989	0.012	0.037
CPD (M/DP)	24.32 (2.909)	24.35 (2.948)	23.78 (3.779)	23.14 (3.371)	22.96 (3.747)	23.60 (3.413)	2.113	0.063	0.027
CFRM (M/DP)	35.73 (7.0749)	35.89 (7.052)	33.85 (9.643)	35.67 (8.427)	33.74 (7.430)	36.54 (7.757)	1.336	0.248	0.017

Notas. N = 392. p=0.05. Legenda: CPD – Conhecimento para a Demência; CFRM – Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis; CSD – Conhecimento Sobre Demência.

Ao fazer a análise da tabela 5 em relação às diferenças entre escolaridade para as dimensões CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência foram observadas diferenças significativas entre a escolaridade quanto ao Conhecimento Sobre Demência ($F(388)=8.44$, $p<0.001$), quanto ao Conhecimento para Prevenção a Demência ($F(388)=18.12$, $p<0.001$) e quanto ao Conhecimento de Fatores de Risco Modificáveis ($F(388)=6.06$, $p<0.001$).

Os testes Post-Hoc quanto ao Conhecimento Sobre Demência (CSD) revelaram que participantes com mais de 12 anos de escolaridade apresentam maior conhecimento ($M=1.151$, $DP=0.38$) do que participantes com 3 a 4 anos de escolaridade ($M=0.931$, $DP=0.36$) ($p=0.01$) e do que participantes com 5 a 9 anos de escolaridade ($M=0.895$, $DP=0.44$) ($p<0.001$). Participantes com 10 a 12 anos de escolaridade ($M=1.11$, $DP= 0.38$) apresentam maior conhecimento que participantes com 5 a 9 anos de escolaridade ($M=0.895$, $DP=0.44$) ($p=0.04$).

Os testes Post Hoc quanto ao Conhecimento sobre a Prevenção da Demência (CPD) revelaram que participantes com mais de 12 anos de escolaridade ($M= 24.41$, $DP=3.06$), 10 a 12 anos de escolaridade ($M=23.89$, $DP=3.21$) e 5 a 9 anos de escolaridade ($M=22.79$, $DP=3.39$) têm mais conhecimento do que participantes com 3 a 4 anos de escolaridade ($M= 20.39$, $DP=3.49$) ($p<0.001$; $p=.001$; $p=.003$, respetivamente).

Quanto ao Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis (CFRM) os testes Post Hoc revelaram que participantes com mais de 12 anos de escolaridade ($M=36.34$, $DP=7.588$) têm mais conhecimento que participantes com 5 a 9 anos de escolaridade ($M=33.35$, $DP=8.549$) ($p=0.05$) e com 3 a 4 anos de escolaridade ($M=31.03$, $DP=7.516$) ($p<0.001$). Participantes com 10 a 12 anos de escolaridade ($M=35.34$, $DP=7.789$) têm mais conhecimento do que participantes com 3 a 4 anos de escolaridade ($M=31.03$, $DP=7.516$) ($p=0.027$).

Relativamente à Preocupação com Demência não foram encontradas diferenças entre os grupos de escolaridade.

Tabela 5

Tabela 5 - Diferenças de escolaridade para as variáveis CSD, CPD, CFRM e Preocupação com Demência.

3-4 anos (N=36)	5-9 anos (N=57)	10-12 anos (N=87)	+ de 12 anos (N=212)	Z-score (z)	Sig. (p.)
--------------------	--------------------	----------------------	-------------------------	----------------	--------------

CSD (M/DP)	0.931 (0.3616)	0.895 (0.4405)	1.1069 (0.3826)	1.151 (0.3813)	8.437	<0.001
Preocupação com Demência (M/DP)	2.44 (1.107)	2.58 (1.149)	2.77 (1.097)	2.53 (1.037)	1.265	0.286
CPD (M/DP)	20.39 (3.499)	22.79 (3.395)	23.89 (3.215)	24.41 (3.060)	18.123	<0.001
CFRM (M/DP)	31.03 (7.516)	33.35 (8.549)	35.34 (7.789)	36.34 (7.588)	6.063	<0.001

Notas. N = 392. p=0.05. Legenda: CPD – Conhecimento para a Demência; CFRM – Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis; CSD – Conhecimento Sobre Demência.

3.3- Caracterização das frequências de resposta nas dimensões do Questionário

3.3.1- Conhecimento sobre Demência

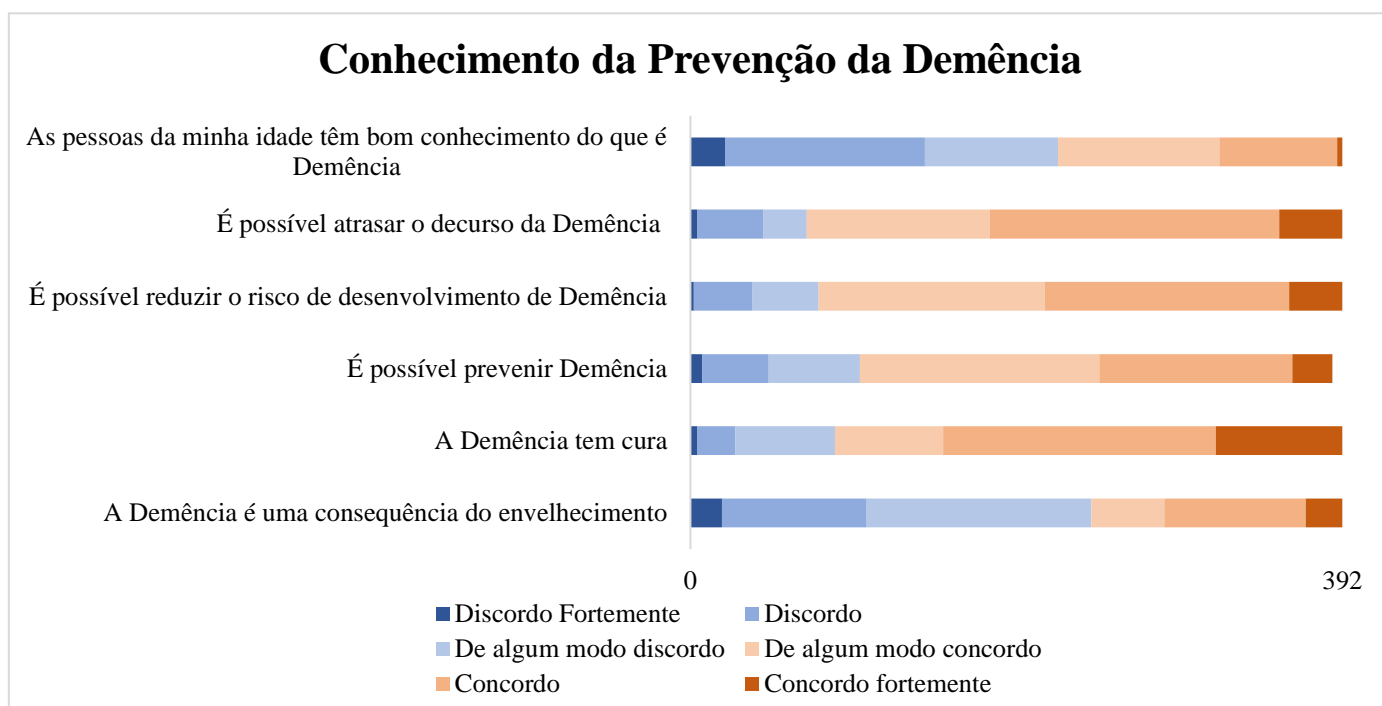
Dos resultados obtidos 6.88% (n=27) não têm conhecimento para a Demência, 68.12% (n=267) têm conhecimento limitado, identificando alguns pontos chave do conhecimento da Demência, e 25% (n=98) têm bom conhecimento da Demência tendo muitas ligações com a definição de Demência utilizada.

3.3.2- Conhecimento sobre a Prevenção da Demência

Da observação do gráfico 1 é possível extrair que há uma tendência para discordarem que pessoas de idades idênticas têm bom conhecimento sobre Demência (56.37 %) e também que a Demência é uma consequência do envelhecimento (61.47%). No caso das questões preventivas para a Demência, há uma grande tendência para os respondentes concordarem ou de algum modo concordarem com as afirmações “é possível atrasar o curso de Demência” (82.14%), “é possível reduzir o risco de desenvolvimento de Demência” (80.35%) e “é possível

prevenir Demência” (72.44%). A maioria dos participantes (77.80%) considera que a Demência tem cura.

Figura 5 - Conhecimento da Prevenção da Demência

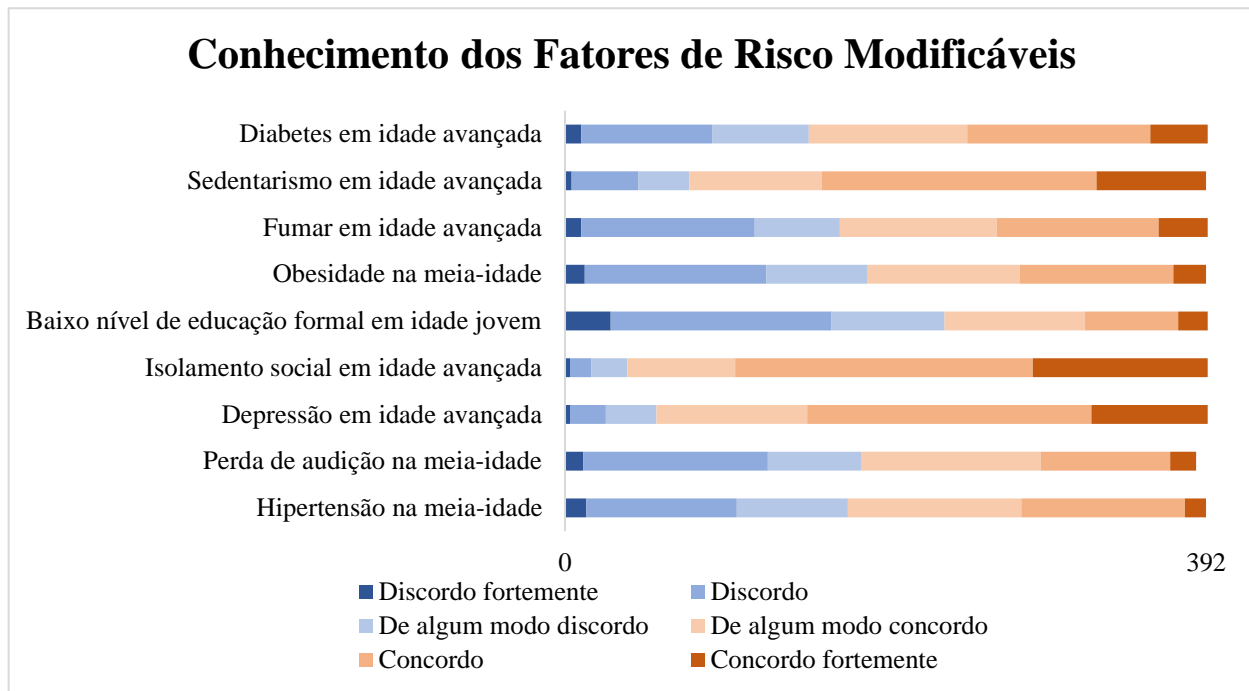


3.3.3- Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis

Com recurso ao gráfico 2 sobre o conhecimento dos fatores de risco modificáveis, é de salientar que os participantes tendem a concordar que o sedentarismo (80.61%), isolamento social (90.56%) e depressão (85.71%) são fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento de Demência.

Por outro lado, uma maioria de 57.14% dos participantes discorda que o baixo nível de educação formal seja um fator de risco para o desenvolvimento de Demência. De salientar que os participantes discordam que a obesidade (47.19%), perda de audição (46.17%), hipertensão (42.9%) e fumar (44.1%) sejam fatores de risco para a Demência.

Figura 6 - Conhecimento dos fatores de risco modificáveis associados à Demência.



3.3.4- Avaliação da diminuição dos fatores de risco

Fazendo uma comparação dos dados obtidos através do QED com os dados obtidos pelo estudo de Livingston et al., (2017) relativo ao peso associado aos fatores de risco no desenvolvimento de demência, com exceção da perda de audição e baixo nível de educação formal, há sobrestimação dos fatores de risco da parte dos participantes (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Tabela 6 - Pontuações médias dos participantes sobre a redução de fatores de risco.

	Participantes		<i>Livingston et al (2017)</i>
	M	SD	PAF
Hipertensão na meia-idade	9	4.9	2
Perda de audição na meia-idade	9	5.1	9
Depressão em idade avançada	13	5.3	4
Isolamento social em idade avançada	13	5.4	2
Baixo nível de educação formal em idade jovem	8.3	5.3	8
Obesidade na meia-idade	9.4	5.4	1
Fumar em idade avançada	9.9	5.5	6
Sedentarismo em idade avançada	12	5.5	3
Diabetes em idade avançada	10	5.3	1

Notas. PAF – Population Attributable Fraction, Retirado de Livingstone et al., (2017).

3.3.5- Presença de Fatores de Risco percebidos e associação com variáveis da escala.

Na tabela 7 foram relacionados o maior número de fatores de risco presentes nos inquiridos (Risk Judgment) com as variáveis do questionário (CPD, CSD e CFRM). É observável apenas uma relação positiva fraca ($r=0.142$) entre o número de fatores de risco percebidos pelos inquiridos. e o conhecimento sobre os fatores de risco (CFRM).

Tabela 7

Tabela 7 - Correlação de Pearson entre fatores RJ, CPD, CSD, CFRM.

	RJ	CPD	CSD	CFRM
RJ	.	0.000	-0.050	0.142**
CPD		.	0.095	0.270**
CSD			.	0.155**

***.* A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades). *Legenda:* RJ – Risk Judgement; CPD – Conhecimento para a Demência; CFRM – Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis; CSD – Conhecimento Sobre Demência.

Posteriormente foi feita uma análise da relação entre a presença dos fatores de risco percebidos pelos inquiridos (Hipertensão, Perda audição, Diagnóstico de depressão, Diabetes, Obesidade, Fuma, Sentiu isolamento, e Fisicamente ativo) e a Preocupação com a Demência.

Na tabela 8 (cf. anexo 1) é possível observar no fator “Sentiu isolamento” ($r=0.124$, $p=0.014$) e a preocupação com a demência, e o mesmo, mas de direção negativa, entre o fator Fisicamente ativo ($r=-0.105$, $p=0.037$) e a preocupação. Quanto maior isolamento percebido, maior preocupação em desenvolver Demência, enquanto que quanto menor nível de atividade física percebido, maior preocupação em desenvolver demência é declarada, embora ambas as correlações sejam de intensidade fraca. Não foram encontradas outras correlações significativas.

3.3.6- Preocupação de desenvolvimento de Demência e Ação

Considerando a questão “Está muito preocupado em desenvolver Demência?” foram obtidos os resultados: 14.89% (N = 58) não de todo, 36.73% (N = 144) um pouco preocupado, 30.10% (N= 118), moderadamente preocupado, 12.24% (N = 48) muito preocupado e 6.12% (N = 24) extremamente preocupado. Foi realizada uma análise de regressão ordinal para averiguar a relação entre a presença de fatores de risco e preocupação sobre a possibilidade de desenvolver demência. Como observado na tabela 9, pessoas menos ativas fisicamente e que

experienciam isolamento tendem a ter maior preocupação com a possibilidade de desenvolver demência, um facto que já tinha sido mostrado na tabela 8 quando foi feita análise da relação entre a presença de fatores de risco percebidos pelos inquiridos e a Preocupação com a Demência. Na questão de agir para redução do risco de Demência foi observado que 96.43% (N=378) responderam que sim.

Tabela 8

Tabela 8 - Relação entre a Preocupação com Demência e a presença de fatores de risco.

	B	DP	Sig. (p.)	95%CI	
Sentiu isolamento	-0.494	0.212	0.019	-0.909	-0.080
Fisicamente ativo	0.479	0.231	0.038	0.027	0.932
Hipertensão	-0.122	0.213	0.576	-0.539	0.295
Perda de audição	-0.032	0.273	0.907	-0.566	0.502
Diagnóstico depressão	-0.288	0.213	0.178	-0.706	0.131
Diabetes	0.172	0.398	0.665	-0.608	0.952
Obesidade	1.193	0.642	0.063	-0.066	2.451
Fuma	0.001	0.234	0.995	-0.456	0.459

Notas. Legenda: B - Unstandardised beta; DP – Desvio Padrão; CI – Confidence Interval.

3.3.7- Fontes de informação

As fontes de informação mais usadas pelos participantes para obter conhecimento sobre a Demência foram amigos e familiares (44%), a televisão (37%), as campanhas preventivas de saúde (26%) e websites ou blogues (25%), sendo que a rádio (6%), o contexto escolar de ensino primário (0.2%) e ensino secundário (5%), foram as fontes menos referidas. Em média foram usadas 2.35 fontes de informação pelas pessoas inquiridas (SD=1.53, amplitude 1-8).

Relação entre fontes de informação e conhecimento sobre demência

Dado que a questão acerca das fontes de informação poderia incluir mais do que uma resposta (cumulativa), fomos averiguar se o recurso a mais fontes de informação de alguma forma estaria associado a um maior conhecimento sobre demência. Foi realizada uma regressão logística ordinal, em que se verificou que um maior número de fontes de informação estava associado a uma maior compreensão sobre demência (como variável dependente: nenhuma, limitada ou boa compreensão – CSD): Coeficiente B=0.46 (DP=0.13), 95%CI=0.020-0.62, $p=.001$

IV-Discussão

O objetivo do presente estudo consistiu na caracterização do Conhecimento sobre a Demência (CSD), do Conhecimento da Prevenção de Demência (CPD), do Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis associados à Demência (CFRM) e da Preocupação para a Demência numa amostra de adultos e idosos portugueses.

No presente estudo pretendemos compreender a relação entre as diferentes variáveis de conhecimento (CPD, CSD e CFRM) e Preocupação com Demência com variáveis sociodemográficas e com o risco de demência. No género, o objetivo era perceber se mulheres têm maior conhecimento do que os homens e, retirando dos resultados, só há diferenças significativas no Conhecimento Sobre Demência. McParland et al., (2012) no seu estudo utilizou questões chave para compreender o nível de Conhecimento Sobre Demência dos participantes, onde foi observado que não há diferenças de género.

Relativamente à idade só foram encontradas diferenças significativas entre os grupos etários para a dimensão Preocupação sobre a Demência, em que é notório maior preocupação no grupo etário 65-70 anos quanto comparado com 60-64 anos de idade. Este achado é corroborado pelo estudo de Lüdecke et al. (2015) onde foi observado que a idade não é consistentemente associada com literacia para Demência e em Breining et al. (2014) e onde a preocupação sobre a possibilidade de desenvolver Demência é observada em participantes mais idosos (>75 anos).

Nos estudos de Luck et al., (2012) e McParland et al., (2012) foi mostrado que quanto menor escolaridade os participantes têm mais esse facto está ligado a menor conhecimento sobre Demência, e que participantes com menor escolaridade têm percepções diferentes sobre a demência do que participantes com mais escolaridade. Estes dados são congruentes com os dados da escolaridade do nosso estudo onde foram observadas diferenças significativas quanto ao Conhecimento Sobre Demência (CSD) (especificamente entre os grupos mais de 12 anos de escolaridade e 3 a 4 e 5 a 9 anos de escolaridade; e 10 a 12 anos de escolaridade e 5 a 9 anos de escolaridade), Conhecimento da Prevenção de Demência (CPD) (especificamente entre os grupos mais de 12 anos de escolaridade e 10 a 12, 5 a 9 e 3 a 4 anos de escolaridade) e quanto ao Conhecimento de Fatores de Risco Modificáveis (CFRM) (especificamente entre os grupos

mais de 12 anos de escolaridade e 5 a 9 e 3 a 4 anos de escolaridade; e 10 a 12 anos de escolaridade e 3 a 4 anos de escolaridade), sendo que participantes com mais anos de escolaridade têm mais conhecimento nas diferentes dimensões de literacia sobre Demência quando comparados com participantes com menos anos de escolaridade.

A partir dos resultados, conclui-se que 25% dos participantes inquiridos apresentavam bom Conhecimento Sobre Demência (CSD), descrevendo uma definição de demência equiparável em conteúdo à que foi dada pela Alzheimer Portugal, na qual os pontos chave foram: a Demência é uma doença que causa declínio progressivo no funcionamento da pessoa, apresentam dificuldades a nível da comunicação, apresenta dificuldades a nível da memória e condiciona o dia a dia da pessoa. Contudo, a maioria dos participantes (68.12%) foram cotados com conhecimento limitado devido à falta de elementos descritivos sobre a Demência na definição formulada por estes. O estudo teve valores semelhantes aos estudos de Keage et al., (2021), onde foi observado que 25% dos participantes têm bom conhecimento e 70% conhecimento limitado, e Nagel et al., (2021) no qual 19% dos participantes têm bom conhecimento sobre Demência e 62% conhecimento limitado.

Numa observação pormenorizada sobre o Conhecimento da Prevenção da Demência (CPD), foi observado que há uma tendência dos participantes a discordarem que pessoas de idades idênticas têm bom conhecimento sobre Demência, tal como mostrado no estudo de Keage et al., (2021). Grande parte dos participantes portugueses inquiridos acreditam que a Demência é uma consequência do envelhecimento, por outro lado no estudo de McParland et al., (2012) só 28% dos participantes acreditam. As diferenças podem ser explicadas pelo uso de faixas etárias mais jovens (47% estão entre os 18-44 anos de idade) no estudo de McParland et al., (2012). É possível que as diferenças etárias sejam a causa das grandes diferenças quanto à crença de que a Demência é uma consequência do envelhecimento, podendo remontar-se ao

facto de faixas etárias mais jovens estarem a ser alvos de mais campanhas preventivas para a Demência, estando a ficar mais conscientes das ações a tomar para prevenir Demência. Nas questões preventivas de desenvolvimento de Demência a propensão dos participantes é de concordarem que é possível atrasar o decurso da Demência, é possível prevenir a Demência e é possível reduzir o risco de Demência, dados que estão de acordo com a literatura em que se observam tendências semelhantes dos participantes (Low & Anstey, 2009; Luck, 2012; Smith, 2014). Relacionado com a questão “A Demência tem cura?”, os participantes responderam, maioritariamente que concordam, indo no sentido oposto da literatura na qual é mostrado que na amostra australiana os participantes discordam que a Demência tenha cura (Keage et al., (2021). Mais uma vez, este resultado tão diferente pode derivar da amostra australiana ser composta por mais participantes de idade jovem (18-44 anos de idade) podendo apresentar mais conhecimento preventivo para a Demência do que participantes com idade mais avançada, pelo menos tendo em conta os resultados da nossa amostra.

No estudo de Nagel et al., (2021) foram referidos como fatores de risco o fumar, depressão, isolamento social e sedentarismo

Os participantes do presente estudo consideraram que o sedentarismo, o isolamento social e a depressão são fatores de risco associados ao desenvolvimento de Demência, tal como observado no estudo de Nagel et al., (2021) e Keage et al., (2021), onde foram referidos fumar, depressão, sedentarismo e isolamento social como fatores de risco. Por outro lado, o baixo nível de educação formal não é considerado, pelos participantes portugueses, um fator de risco associado ao desenvolvimento de Demência. Os dados dos estudos de Keage et al., (2021) e Nagel et al., (2021) corroboram os dados do estudo português nos quais o baixo nível de educação formal não foi considerado como um fator de risco para a Demência. De salientar, como nota, que enquanto os participantes do estudo de Keage et al., (2021) consideram

obesidade, diabetes e fumar como fatores de risco, os participantes portugueses não destacaram estes fatores de risco como relevantes. Estes resultados podem derivar das faixas etárias dos questionários serem diferentes, havendo mais participantes jovens no estudo australiano e mais adultos e idosos no estudo português, podendo haver uma valorização de fatores de risco em função à faixa etária.

Os participantes do estudo de Nagel et al., (2021) consideraram fumar, depressão, sedentarismo e isolamento social como fatores de risco, e referiram como não sendo fatores de risco a baixa educação formal, perda de audição, hipertensão, obesidade e diabetes, dados estes que se encontram alinhados com os achados do nosso estudo.

Considerando a preocupação com a Demência e a questão “Está preocupado em desenvolver Demência?”, grande parte dos participantes responderam que, de algum modo, estão preocupados em desenvolver Demência e, relacionado com a questão “Tenciona agir em conformidade para reduzir o risco de desenvolvimento de fatores de risco”, na sua maioria, os participantes estão dispostos a agir de forma a reduzir o risco de desenvolvimento. Foi feita uma análise que visou compreender de que modo a presença de fatores de risco predizia a preocupação em desenvolver Demência, na qual foi verificado que a presença de isolamento social percebido e a percepção ser pouco ativo fisicamente prediz uma maior preocupação com a possibilidade de desenvolver Demência. No estudo de Keage et al., (2021) foram reportadas semelhanças foi observado que participantes com perda de audição, depressão e isolamento enquanto fatores de risco percebido se sentem mais preocupados com o possível desenvolvimento de Demência. Em outros estudos relacionados com a Preocupação com Demência, foram reportadas diferenças de género onde mulheres preocupam-se mais acerca do desenvolvimento de Demência que homens (Low & Anstey 2009; Yeo et al., 2007), no entanto, no nosso estudo não foram reportadas diferenças significativas nesta variável.

A utilização de mais fontes de informação referidas por parte dos participantes para obtenção de conhecimento quanto à Demência verificou-se estar relacionada com uma maior compreensão sobre Demência, predizendo significativamente este conhecimento. Estes dados vão ao encontro ao sugerido na literatura: quantas mais fontes de informação são selecionadas pelas pessoas, mais conhecimento sobre Demência estes tendem a ter (Carpenter et al., 2011; Keage et al., 2021; Sun et al., 2014).

Alguns dos resultados obtidos, nomeadamente da preocupação em desenvolver Demência, do Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis (CFRM) e das correlações dos dados sociodemográficos com as variáveis do estudo (CPD, CSD, CFRM e Preocupação com Demência) estão, em parte, em consonância com os dados retirados da literatura. Seria interessante como investigação futura a replicação deste estudo com uma amostra da população portuguesa com um equilíbrio entre escolaridades de modo a melhor averiguar as diferenças de escolaridade no conhecimento das diversas variáveis (CPD, CSD, CFRM e Preocupação com Demência). Por outro lado, seria importante que os dados deste estudo servissem como exemplo de que a literacia para a saúde, nomeadamente, a literacia para a Demência é um tema importante e que desempenha um papel importante na identificação precoce, diagnóstico, intervenção e tratamento da mesma.

O presente estudo de natureza exploratória, apesar de ter permitido extrair resultados de interesse para futuros estudos, apresenta limitações que importa destacar e que requerem observar os resultados de forma cautelosa. Em primeiro lugar, é de notar que o questionário foi aplicado em formato papel e lápis e através do *Google forms*, na modalidade de autorresposta. Assim, há a possibilidade de os participantes terem consultado outras fontes de informação para responder a este questionário de literacia, não correspondendo as suas repostas ao conhecimento efetivo sobre a Demência. Uma forma de colmatar esta limitação, mas que

poderia contribuir para um universo amostra mais pequeno, poderia ser apenas a aplicação de questionários em formato de entrevista. Também este questionário, baseado em dois questionários descritos na literatura, não permite obter um score total, e não foi realizada uma análise da consistência para avaliar se as dimensões dos questionários originais se replicavam no questionário por nós elaborado, sendo esta uma necessidade a partir deste estudo, desenvolver uma análise psicométrica desta escala/questionário. Outra limitação ao estudo foi o facto de a residência dos participantes ter sido maioritariamente da zona centro, devido à partilha do questionário pelos contactos dos investigadores, maioritariamente na zona centro, resultando numa limitação do alcance do estudo à população de outras regiões do país. Apesar do contacto realizado a instituições e estruturas académicas de outras regiões do país, tal não possibilitou equilibrar a amostra significativamente neste domínio. Em estudos futuros seria importante estabelecer parceria com uma entidade com dimensão a nível nacional, como por exemplo a Alzheimer Portugal, que permitisse aceder a um maior número de participantes e mais representativo geograficamente.

V-Conclusão

O presente trabalho foi realizado com vista a aumentar o conhecimento científico sobre a literacia da população portuguesa sobre a Demência, com base em quatro hipóteses fundamentais, fundadas na revisão da literatura: a idade influencia o conhecimento sobre demência; participantes do género feminino têm mais conhecimento sobre demência que participantes do género masculino; mais escolaridade está relacionada com mais conhecimento sobre demência; mais fatores de risco percebidos está associado a um maior conhecimento sobre demência.

Foi possível observar que a idade não é fator influenciador do nível de Conhecimento Sobre Demência (CSD), mas sim da Preocupação com Demência, havendo mais preocupação em idades mais avançadas. Verificou-se ainda, que, quanto às diferenças de género, as mulheres têm mais Conhecimento Sobre Demência (CSD). Além disso, apurou-se que a escolaridade afeta não só o Conhecimento Sobre Demência (CSD) como também o Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis (CFRM) e o Conhecimento da Prevenção de Demência (CPD), sugerindo assim que participantes com mais nível de escolaridade têm mais conhecimento, capacidade de deteção e prevenção da Demência. No que concerne os fatores de risco, foi observado que a presença de mais fatores de risco não afeta o Conhecimento Sobre Demência (CSD) mas sim o Conhecimento dos Fatores de Risco Modificáveis (CFRM), sugerindo que quanto mais fatores de risco percebidos mais conhecimento os participantes têm sobre os fatores de risco modificáveis associados à Demência.

Como direções futuras para estudos semelhantes seria importante estudar de que forma o contacto ou conhecimento de alguém com Demência afeta o Conhecimento Sobre Demência (CSD) e também, seria interessante explorar se diferenças interculturais afetam o Conhecimento Sobre Demência (CSD), dada a multiculturalidade expressiva existente no nosso país.

Os resultados do presente estudo mostram que apenas 25% dos participantes tem bom Conhecimento Sobre Demência (CSD), levando assim a uma necessidade cada vez maior de serem criadas, em Portugal, mais campanhas preventivas para a Demência, com recurso a formações em áreas como o envelhecimento cognitivo, Demência e os seus fatores de risco. É de extrema importância melhorar a educação para a Demência e melhorar a sua deteção precoce, e promover a atenção aos fatores de risco modificáveis e aos métodos de prevenção da demência, com base na adoção de estilos de vida mais saudáveis.

VI-Bibliografia

- Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers & Dementia*, *11*(6), 718–726.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- Breining, A., Lavallart, B., Pin, S., Léon, C., Moulias, S., Arwidson, P., Beck, F., Berr, C., & Verny, M. (2014). Perception of Alzheimer’s disease in the French population. *Journal of Nutrition Health & Aging*, *18*(4), 393–399. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0008-4>
- Carpenter, B. D., Balsis, S., Otilingam, P. G., Hanson, P. K., & Gatz, M. (2009). The Alzheimer’s Disease Knowledge Scale: Development and Psychometric Properties. *The Gerontologist*, *49*(2), 236–247. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp023>
- Carpenter, B., Zoller, S., Balsis, S., Otilingam, P. G., & Gatz, M. (2011). Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer’s disease. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias*, *26*(2), 121–126.
<https://doi.org/10.1177/1533317510394157>
- Cunningham, E. L., McGuinness, B., Herron, B., & Passmore, A. P. (2015). Dementia. *The Ulster medical journal*, *84*(2), 79–87.
- D’Arcy C. (1994). Education and socio-economic status as risk factors for dementia: Data from the Canadian study of health and aging. *Neurobiology of Aging*, *15*, S40.
[https://doi.org/10.1016/0197-4580\(94\)92617-4](https://doi.org/10.1016/0197-4580(94)92617-4)

- De Stefano, C., Fontanella, F., Impedovo, D., Pirlo, G., & Scotto Di Freca, A. (2019). Handwriting analysis to support neurodegenerative diseases diagnosis: A review. *Pattern Recognition Letters*, *121*, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.patrec.2018.05.013>
- Doll, R. (2000). Smoking and dementia in male British doctors: prospective study. *BMJ*, *320*(7242), 1097–1102. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7242.1097>
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, *355*(9212), 1315–1319. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02113-9)
- Gates, G. A., Cobb, J. L., Linn, R. T., Rees, T., Wolf, P. A., & D’Agostino, R. B. (1996). Central Auditory Dysfunction, Cognitive Dysfunction, and Dementia in Older People. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, *122*(2), 161–167. <https://doi.org/10.1001/archotol.1996.01890140047010>
- Health at a Glance: Europe 2022. (2022). *Health at a Glance: Europe*. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Heger, I., Deckers, K., van Boxtel, M., de Vugt, M., Hajema, K., Verhey, F., & Köhler, S. (2019). Dementia awareness and risk perception in middle-aged and older individuals: baseline results of the MijnBreincoach survey on the association between lifestyle and brain health. *BMC Public Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7010-z>
- Dementia Australia*. (2023, August 25). *What is Dementia?*. <https://www.dementia.org.au/>
- Huang, J. (2022, October 31). *Demência*. Manual MSD Versão Saúde Para a Família. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-cerebrais,-da-medula-espinal-e-dos-nervos/delirium-e-dem%C3%A2ncia/dem%C3%A2ncia>

- Jorm, A. (2000). Is Depression a Risk Factor for Dementia or Cognitive Decline? *Gerontology*, *46*(4), 219–227. <https://doi.org/10.1159/000022163>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Keage, H.A.D., Villani, G. & Hutchinson, A.D. What do young Australian adults know about modifiable risk factors for dementia?. *BMC Public Health* **21**, 2166 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12220-7>
- Kjelvik, G., Rokstad, A. M. M., Stuebs, J., Thingstad, P., Deckers, K., Köhler, S., & Selbæk, G. (2022). Public knowledge about dementia risk reduction in Norway. *BMC Public Health*, *22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14433-w>
- Lee, S. E., Lee, H. Y., & Diwan, S. (2009). What do Korean American immigrants know about Alzheimer's disease (AD)? The impact of acculturation and exposure to the disease on AD knowledge. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/gps.2299>
- Litke, R., Garcharna, L. C., Jiwani, S., & Neugroschl, J. (2021). Modifiable Risk Factors in Alzheimer Disease and Related Dementias: A Review. *Clinical Therapeutics*, *43*(6), 953–965. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.05.006>
- Liu, D., Cheng, G., An, L., Gan, X., Wu, Y., Zhang, B., Hu, S., Zeng, Y., & Wu, L. (2019). Public Knowledge about Dementia in China: A National WeChat-Based Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(21), 4231. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214231>

- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N. C., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., . . . Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, *396*(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6)
- Loeffler, D. A. (2021). Modifiable, Non-Modifiable, and Clinical Factors Associated with Progression of Alzheimer’s Disease. *Journal of Alzheimer’s Disease*, *80*(1), 1–27. <https://doi.org/10.3233/jad-201182>
- Low, A., Prats-Sedano, M. A., McKiernan, E., Carter, S. F., Stefaniak, J. D., Nannoni, S., Su, L., Dounavi, M. E., Muniz-Terrera, G., Ritchie, K., Lawlor, B., Naci, L., Malhotra, P., Mackay, C., Koychev, I., Ritchie, C. W., Markus, H. S., & O’Brien, J. T. (2022). Modifiable and non-modifiable risk factors of dementia on midlife cerebral small vessel disease in cognitively healthy middle-aged adults: the PREVENT-Dementia study. *Alzheimer’s Research & Therapy*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-022-01095-4>
- Low, L., & Anstey, K. J. (2009). Dementia literacy: Recognition and beliefs on dementia of the Australian public. *Alzheimers & Dementia*, *5*(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2008.03.011>
- Luck, T., Luppá, M., Sieber, J., Schomerus, G., Werner, P., König, H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Attitudes of the German General Population toward Early Diagnosis of Dementia – Results of a Representative Telephone Survey. *PLOS ONE*, *7*(11), e50792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050792>

- Lüdecke, D., Von Dem Knesebeck, O., & Kofahl, C. (2015). Public knowledge about dementia in Germany—results of a population survey. *International Journal of Public Health, 61*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0703-x>
- Marcum, Z. A., Hohl, S. D., Gray, S. L., Barthold, D., Crane, P. K., & Larson, E. B. (2019). Brain Health and Dementia Prevention: A Mixed-method analysis. *American Journal of Health Behavior, 43*(2), 300–310. <https://doi.org/10.5993/ajhb.43.2.7>
- McGuigan, F. E., Bartosch, P., & Åkesson, K. E. (2017). Musculoskeletal health and frailty. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 31*(2), 145–159. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.11.002>
- McKee, K. J., Philp, I., Lamura, G., Prouskas, C., Öberg, B., Krevers, B., Spazzafumo, L., Bien, B., Parker, C., Nolan, M. R., & Szczerbinska, K. (2003). The COPE index—a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging & Mental Health, 7*(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/1360786021000006956>
- McParland, P., Devine, P., Innes, A., & Gayle, V. (2012). Dementia knowledge and attitudes of the general public in Northern Ireland: an analysis of national survey data. *International Psychogeriatrics, 24*(10), 1600–1613. <https://doi.org/10.1017/s1041610212000658>
- Morris, M. C., Tangney, C., Wang, Y., Sacks, F. M., Bennett, D. W., & Aggarwal, N. T. (2015). MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer’s disease. *Alzheimers & Dementia, 11*(9), 1007–1014. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.11.009>

Nagel, A. K., Loetscher, T., Smith, A. E., & Keage, H. A. (2021). What do the public really know about dementia and its risk factors? *Dementia*, 20(7), 2424–2440.

<https://doi.org/10.1177/1471301221997301>

Nichols, E. (2022, February 1). *Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. *The Lancet Public Health*. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00249-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00249-8/fulltext)

Nichols, E., Steinmetz, J. D., Vollset, S. E., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbieh, E., Akram, T. T., Al Hamad, H., Alahdab, F., Alanezi, F. M., Alipour, V., Almustanyir, S., Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., Ashraf, T., . . . Vos, T. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7(2), e105–e125. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00249-8)

Nielsen, T. R., & Waldemar, G. (2015b). Knowledge and perceptions of dementia and Alzheimer’s disease in four ethnic groups in Copenhagen, Denmark. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 222–230. <https://doi.org/10.1002/gps.4314>

Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014d). Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, 13(8), 788–794. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70136-x](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70136-x)

Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D. E., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*, 13(8), 788–794. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70136-x](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70136-x)

OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

Oliveira, D., Otuyama, L. J., Mabunda, D., Mandlate, F., Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Laks, J., & Ferri, C. P. (2019). Reducing the Number of People with Dementia Through Primary Prevention in Mozambique, Brazil, and Portugal: An Analysis of Population-Based Data. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(s1), S283–S291. <https://doi.org/10.3233/jad-180636>

Ott, A., Slooter, A., Hofman, A., van Harskamp, F., Witteman, J., Van Broeckhoven, C., van Duijn, C., & Breteler, M. (1998). Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *The Lancet*, 351(9119), 1840–1843. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)07541-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)07541-7)

Parial, L. L., Lam, S. C., Ho, J. Y. S., Suen, L. K. P., & Leung, A. Y. M. (2020). Public knowledge of the influence of modifiable cardiovascular risk factors on dementia: a systematic literature review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 25(8), 1395–1409. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1786801>

Psaltopoulou, T., Sergentanis, T. N., Panagiotakos, D. B., Sergentanis, I. N., Kosti, R. I., & Scarmeas, N. (2013). Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Annals of Neurology*, 74(4), 580–591. <https://doi.org/10.1002/ana.23944>

Ranson, J. M., Rittman, T., Hayat, S., Brayne, C., Jessen, F., Blennow, K., Van Duijn, C., Barkhof, F., Tang, E., Mummery, C. J., Stephan, B. C. M., Altomare, D., Frisoni, G. B., Ribaldi, F., Molinuevo, J. L., Scheltens, P., Llewellyn, D. J., Abramowicz, M., Altomare, D., . . . Visser, L. (2021). Modifiable risk factors for dementia and dementia risk profiling. A user manual for Brain Health Services—part 2 of 6. *Alzheimer's Research & Therapy*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00895-4>

Ritchie, K., & Lovestone, S. (2002). The dementias. *The Lancet*, 360(9347), 1759–1766.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11667-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11667-9)

Roberts, J. S., Connell, C. M., Cisewski, D., Hipps, Y. G., Demissie, S., & Green, R. C. (2003).
 Differences between African Americans and whites in their perceptions of Alzheimer disease.
Alzheimer Disease & Associated Disorders, 17(1), 19–26. <https://doi.org/10.1097/00002093-200301000-00003>

Roberts, J. S., McLaughlin, S. J., & Connell, C. M. (2014). Public beliefs and knowledge about risk
 and protective factors for Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s & Dementia*, 10(5S).
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.07.001>

Seo, H. J., Lee, D. Y., & Sung, M. R. (2014). Public knowledge about dementia in South Korea: a
 community-based cross-sectional survey. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 463–469.
<https://doi.org/10.1017/s1041610214001896>

Smith, B. J., Ali, S., & Quach, H. (2014). Public knowledge and beliefs about dementia risk
 reduction: a national survey of Australians. *BMC Public Health*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-661>

Smith, B. J., Ali, S., & Quach, H. (2014). Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction:
 a national survey of Australians. *BMC public health*, 14, 661. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-661>

Smith, B.J., Ali, S. & Quach, H. Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction: a national
 survey of Australians. *BMC Public Health* **14**, 661 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-661>

- Sun, F., Gao, X., Shen, H., & Burnette, D. (2014). Levels and Correlates of Knowledge about Alzheimer's Disease among Older Chinese Americans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29(2), 173–183. <https://doi.org/10.1007/s10823-014-9229-6>
- Van Asbroeck, S., van Boxtel, M. P., Steyaert, J., Köhler, S., Heger, I., de Vugt, M., Verhey, F., & Deckers, K. (2021). Increasing knowledge on dementia risk reduction in the general population: Results of a public awareness campaign. *Preventive Medicine*, 147, 106522. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106522>
- Yamada, M., Mimori, Y., Sasaki, H., Kasagi, F., Musunari, N., Ikeda, J., Nakamura, S., & Fujiwara, S. (2000). The association between dementia and mid-life risk factors. *Neurobiology of Aging*, 21, 102. [https://doi.org/10.1016/s0197-4580\(00\)82259-9](https://doi.org/10.1016/s0197-4580(00)82259-9)
- Yeo, L. J., Horan, M. A., Jones, M., & Pendleton, N. (2007). Perceptions of risk and prevention of dementia in the healthy elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23(6), 368–371. <https://doi.org/10.1159/000101338>
- Young, C. B., Johns, E., Kennedy, G., Belloy, M. E., Insel, P. S., Greicius, M. D., Sperling, R. A., Johnson, K. A., Poston, K. L., & Mormino, E. C. (2023). APOE effects on regional tau in preclinical Alzheimer's disease. *Molecular Neurodegeneration*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13024-022-00590-4>

VII – Anexos

Anexo 1- Questionário sobre Envelhecimento e Demência

1

Questionário sobre Envelhecimento e Demência (QED)

(Adaptado de Keage, H.A.D et al. (2021), e Marcum, Z.A., et al. (2019), por Moldes, J. & Silva, A.R. (2022))

1. Tem entre 40 e 70 anos de idade? Sim
 Não

2. Atualmente reside em Portugal? Sim
 Não

3. Já teve contacto com este questionário? Sim
 Não

4. Que idade tem? 40 41 42 43 44 45 46 47 48
 49 50 51 52 53 54 55 56 57
 58 59 60 61 62 63 64 65 66
 67 68 69 70

5. Qual é o seu género? Feminino
 Masculino
 Outro

6. Qual é a sua língua materna?

7. Vive em que região do país? Centro
 Norte
 Sul
 Ilhas

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

2

8. A zona que habita é:

- Rural
 Semi-urbana
 Totalmente urbana

9. Atualmente está a frequentar algum curso ou formação?

- Sim
 Não
 Se sim, indique qual
- _____

10. Qual é o seu nível de escolaridade?

- 0-2 anos
 3-4 anos
 5-9 anos
 10-12 anos
 12+ anos

11. Qual é, de momento, a sua situação profissional?

- Reformado(a)
 Trabalhador(a) a tempo inteiro
 Trabalhador(a) a tempo parcial
 Trabalhador(a) por conta própria
 Trabalho não remunerado
 Inapto para trabalhar
 Estudante
 À procura de trabalho
 Outro
- _____

12. Considera que o exercício físico é benéfico para a melhoria da saúde mental? Sim

Não

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

3

13. Do mesmo modo que há exames de rotina para a saúde física, considera importante haver exames de rotina para a saúde mental?

Sim

Não

14. Sabe o que é a Demência?

Sim

Não

15. Descreva o que sabe sobre Demência.

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

4

16. “Demência é o nome utilizado para descrever os sintomas de um grande grupo de doenças, que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. As pessoas com Demência têm perda de memória e dificuldades de comunicação. Também, apresentam problemas de pensamento, dificuldade em reconhecer pessoas e, por vezes, podem esquecer-se para que servem certas coisas. Durante muito tempo, a pessoa pode exteriormente ter um aspeto saudável, mas, por dentro, o seu cérebro não está a funcionar corretamente.” (alzheimerportugal.org)

Tem conhecimento de alguém que tenha tido o diagnóstico de Demência? Sim
 Não

17. Indique a sua relação com essa pessoa.

- Marido/Mulher
- Conhecido(a)
- Cliente
- Vizinho(a)
- Amigo(a)
- Primo(a)
- Tio(a)
- Avô/Avó
- Padrasto/Madrasta
- Outra

18. Está muito preocupado em desenvolver demência?

- Não de todo
- Um pouco preocupado
- Moderadamente preocupado
- Muito preocupado
- Extremamente preocupado

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

19. Indique, em que medida, concorda ou discorda com as seguintes frases:

	Discordo fortemente	Discordo	De algum modo discordo	De algum modo concordo	Concordo	Concordo fortemente
A Demência é uma consequência do envelhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A Demência tem cura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É possível prevenir a Demência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É possível reduzir o risco de desenvolver Demência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É possível atrasar o decurso da Demência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas da minha idade têm bom conhecimento do que é a Demência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

20. Qual (quais) as fontes onde adquiriu conhecimento sobre Demência?

- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Campanhas preventivas de saúde
- Amigos ou familiares
- Websites ou blogs
- Rádio
- Televisão
- Redes sociais
- Revistas
- Profissionais de saúde
- Outros
- Quais? _____

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

21. *“Os fatores de risco aumentam as possibilidades de a pessoa desenvolver uma doença ou uma condição. Há dois tipos de fatores de risco: os que são modificáveis e os não modificáveis. As pessoas não têm qualquer tipo de controlo sobre os fatores de risco não modificáveis, devido aos mesmo aparecerem consoante a genética e a idade. No entanto, as pessoas conseguem estar sobre o controlo dos fatores de risco modificáveis. Por exemplo, o desenvolvimento de cancro da pele é devido à exposição solar, o que faz da mesma um fator de risco modificável, tal como fumar é um fator de risco modificável para o desenvolvimento do cancro do pulmão.”*

Acha que há fatores de risco associados à Demência?

Sim
 Não

22. Se sim, refira quais acha que estão associados.

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

23. *Existem fatores de risco não alteráveis para a demência, entre eles está a idade que não pode, de todo, ser controlada. Também existem fatores de risco alteráveis que podem alterar o decurso da doença.*

Dos fatores de risco abaixo indicados, quais acha que estão associados ao desenvolvimento de demência?

	Discordo fortemente	Discordo	De algum modo discordo	De algum modo concordo	Concordo	Concordo fortemente
Hipertensão na meia-idade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda de audição na meia-idade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressão em idade avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolamento social em idade avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baixo nível de escolaridade formal na idade jovem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade em meia-idade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumar em idade avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sedentarismo em idade avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes em idade avançada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

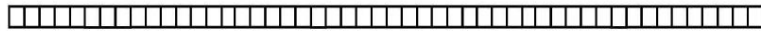
9

24. A hipertensão na meia-idade é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

25. Se a hipertensão, na meia-idade, fosse eliminada, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?

0% Eliminado

100% Eliminado



(coloque, na escala, o valor, em percentagem, de redução de novos casos)

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

10

26. Perda de audição, na meia-idade, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

27. Se a perda de audição, na meia-idade, fosse eliminada, qual seria, em percentagem, a redução de novos de demência?

0% Eliminado

100% Eliminado

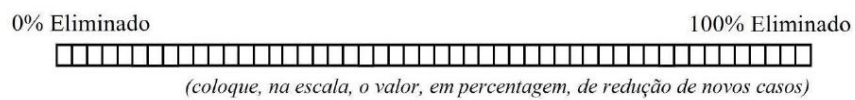
(coloque, na escala, o valor, em percentagem, de redução de novos casos)

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

11

28. A depressão na idade avançada é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

29. Se a depressão, na idade avançada, fosse eliminada, qual seria a redução de novos casos, em percentagem, de demência?



Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

12

30. O isolamento social, na idade avançada, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

31. Se o isolamento social, na idade avançada, fosse eliminado, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?

0% Eliminado

100% Eliminado

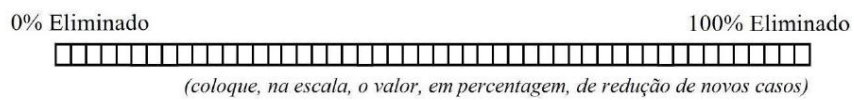
(coloque, na escala, o valor, em percentagem, de redução de novos casos)

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

13

32. Baixo nível de escolaridade formal, em idade jovem, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

33. Se o baixo nível de escolaridade formal, na idade jovem, fosse eliminado, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?

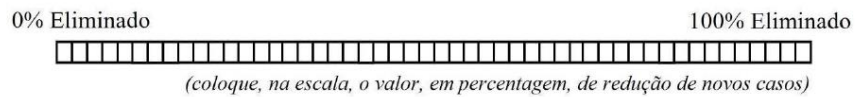


Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

14

34. A obesidade, na meia-idade, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

35. Se a obesidade, na meia-idade, fosse eliminada, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?

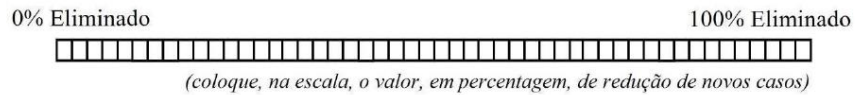


Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

15

36. Fumar, em idade avançada, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

37. Se fumar, em idade avançada, fosse eliminado, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?



Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

16

38. O sedentarismo, na idade avançada, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

39. Se o sedentarismo, na idade avançada, fosse eliminado, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?

0% Eliminado 100% Eliminado

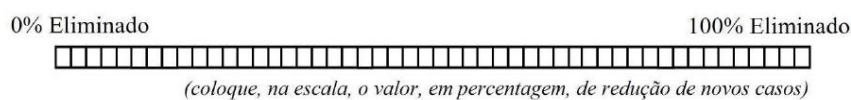
(coloque, na escala, o valor, em percentagem, de redução de novos casos)

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

17

40. Diabetes, na meia-idade, é um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

41. Se a diabetes, na meia-idade, fosse eliminada, qual seria, em percentagem, a redução de novos casos de demência?



42.

	Não	Sim (tratada)	Sim (não tratada)	Não sei/ Não respondo
Tem perda de audição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foi diagnosticado(a) com depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É obeso(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fumador(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para além do isolamento relativo à COVID-19, alguma vez sentiu que estava isolado(a) socialmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fisicamente activo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem hipertensão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

18

43. Agora que está mais ciente dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da demência, tenciona agir em conformidade para reduzir o seu risco?

- Sim
 Não

44. Quais lhe parece serem os passos a seguir para reduzir o risco de desenvolver demência?

45. Com que idade acha que as pessoas devem começar a desenvolver medidas preventivas face a estes riscos associados à demência? (em anos)

46. Na sua opinião, qual(quais) seria(m) as melhores formas de sensibilizar e informar as pessoas, no geral, sobre a doença que é a demência?

Por favor, não vire a página antes de completar a anterior

Anexo 2 - Tabela 9

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre fatores Risk Judgement, Preocupação com Demência, Hipertensão, Perda audição, Diagnóstico de depressão, Diabetes, Obesidade, Fuma, Sentiu isolamento e Fisicamente ativo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 – Risk Judgement	.	0.031	0.487*	0.335**	0.491**	0.135**	0.408	0.341**	0.501**	0.123*
2 – Preocupação com Demência		.	0.027	-0.002	0.067	-0.028	0.063	-0.004	0.124*	-0.105*
3 – Hipertensão			.	0.075	0.132**	0.139**	0.175**	-0.019	0.198**	-0.070
4 – Perda de Audição				.	0.029	-0.067	0.054	0.040	-0.028	0.044
5 – Diagnóstico de Depressão					.	0.014	0.102*	0.007	0.355*	-0.171**
6 – Diabetes						.	0.043	-0.092	-0.091	-0.020
7 – Obesidade							.	0.067	0.099	-0.146**
8 – Fuma								.	0.077	0.038
9 – Sentiu isolamento									.	-0.157**
10 – Fisicamente ativo										.

Notas. *. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades). **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

