



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

A Influência dos Fatores Psicossociais na Prevenção das Demências

Ana Margarida Soares Adão

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutora Maria Luiza Constante Rosado

Co-orientador: Doutora Teresa Bordalo Santos

Covilhã, Maio de 2014

Dedicatória

~

Ao meu pai e à minha mãe.

Ao Manuel e ao Henrique.

Agradecimentos

À Prof. Doutora Maria Luiza Constante Rosado, pela orientação, incentivo, acessibilidade e apoio em todas as etapas que possibilitaram a realização desta dissertação.

À Doutora Teresa Bordalo Santos, pela ajuda, disponibilidade e interesse desde o início de este projeto.

A todos os profissionais que trabalham nos lares de S. José, em Ílhavo, da Sta. Casa da Misericórdia de Vagos, da Casa do Professor de Aveiro e da Sta. Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro pela simpatia e amizade com que me receberam.

À Dra. Célia Nunes, pelos conselhos e ajuda na realização da análise estatística deste trabalho.

A todos os idosos que aceitaram conceder-me um pouco do seu tempo, pela disponibilidade e alegria e, ainda, por terem tornado possível este trabalho.

À Cláudia, ao Henrique, à Laura e à Sara, porque “trabalho de pequenino é pouco, mas quem o desperdiça é louco!”

Aos meus irmãos, Manuel e Henrique, pelo carinho e amizade.

Aos meus pais pela dedicação, pelos valores que me transmitiram e por acreditarem sempre em mim.

A todos, muito obrigada.

Resumo

Introdução: O envelhecimento da população tem levado a um aumento da prevalência das demências em todo o mundo. Observa-se um aumento do reconhecimento da influência dos fatores psicossociais (educação, vida profissional, atividade física, atividades cognitivas, hobbies e socialização) na demência.

Objetivo: Analisar a influência das características psicossociais na população idosa na demência.

Metodologia: Estudo observacional transversal. Recolha de dados por processo não aleatório de amostragem acidental. Foram aplicados um questionário para recolha de informações psicossociais e testes cognitivos (Mini Mental State Examination (MMSE), Teste dos Dígitos (Digit Span Test) e Palavras começadas por “S”). Foi feita a estatística descritiva dos dados e analisada a presença de associação entre as variáveis usando os testes de independência do qui-quadrado e exato de Fisher.

Resultados: A amostra compreendeu 72 idosos, com uma média de idades de 83 anos, dos quais 33,3% pertencem ao género masculino e 66,7% ao género feminino. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre défice cognitivo e as variáveis: alfabetização, anos de escolaridade, participação em atividades lúdicas cognitivas, participação em atividades de natureza intelectual durante a vida adulta. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre défice cognitivo e as variáveis: grupo profissional, trabalhar fora de casa, idade da reforma, integração social, manutenção de amizades após a reforma, participação em atividades de natureza social ou desportiva durante a vida adulta, prática de exercício físico, manutenção de autonomia funcional e manutenção da rotina diária após a reforma.

Conclusão: No futuro intervenções ao nível dos fatores psicossociais, principalmente de natureza educacional e intelectual, poderão conduzir a uma deterioração cognitiva menos acentuada. São necessários mais estudos que permitam estabelecer se, efetivamente, existe uma relação causal entre as diversas características psicossociais e a presença de défice cognitivo e síndrome demencial.

Palavras-chave

Fatores psicossociais; défice cognitivo; demência; cognição; prevenção; envelhecimento;

Abstract

Background: Population aging has led to an increased prevalence of dementia all over the world. It is observed an increased recognition of the influence of psychosocial factors (such as education, professional life, physical activity, cognitive activities, hobbies and socializing) in dementia.

Objective: Analyze the influence of elderly psychosocial characteristics in dementia

Methods: Cross-sectional, observational study. The data were gathered by a non-randomized process of accidental sampling. A questionnaire to collect information psychosocial and cognitive tests (Mini Mental State Examination (MMSE), Digit Span Test and words beginning with the letter "S") were applied. It was done descriptive statistical analysis of the data and the association between variables was analyzed using chi-square independence test and Fisher exact test.

Results: 72 elderly participated on the study. 33.3% males and 66.7% females. Mean age was 83 years. Statistically significant association was found between cognitive impairment and the following variables: literacy, level of education, participation in cognitive leisure activities, engagement in intellectual activities during adulthood. No statistically significant association was found between cognitive impairment and the following variables: professional group, working outside home, retirement age, social integration, maintaining friendships after retirement, engagement in social or participate in sports during adulthood, physical activity, maintenance of functional autonomy and daily routine after retirement.

Conclusion: In the future, interventions in the psychosocial factors, mostly the ones of educational and intellectual nature, may lead to a minor cognitive impairment. More studies are required to establish whether there is a causal relationship between the many psychosocial characteristics and the presence of cognitive impairment and dementia.

Keywords

Psychosocial factors; cognitive impairment; dementia; cognition; prevention; aging;

Índice

| | |
|--|------|
| Dedicatória | iv |
| Agradecimentos | vi |
| Resumo | viii |
| Abstract | x |
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1 Objetivos | 3 |
| 1.2 Hipóteses de Estudo | 3 |
| 2. Material e Métodos | 4 |
| 2.1 Tipo de Estudo | 4 |
| 2.2 Participantes | 4 |
| 2.2.1 Critérios de Inclusão | 4 |
| 2.2.2 Critérios de Exclusão | 4 |
| 2.3 Procedimentos | 4 |
| 2.3.1 Seleção da Amostra | 4 |
| 2.3.2 Instrumentos e Recolha de Dados | 5 |
| 2.4 Métodos Estatísticos | 6 |
| 3. Resultados | 8 |
| 3.1 Caracterização Geral da Amostra | 8 |
| 3.1.1 Características Psicossociais | 8 |
| 3.1.2 Resultados dos Testes Cognitivos | 13 |
| 3.1.3 Terapia com Psicofármacos | 14 |
| 3.2 Relação entre Características Psicossociais e a Presença de Défice Cognitivo | 14 |
| 3.2.1 Educação | 14 |
| 3.2.2 Vida Profissional | 16 |
| 3.2.3 Integração Social | 17 |
| 3.2.4 Atividades Lúdicas / Sociais | 18 |
| 3.2.4.1 Cognitivas | 18 |
| 3.2.4.2 Desportivas | 20 |
| 3.2.5 Capacidade Funcional e Autonomia | 21 |
| 4. Discussão | 23 |
| 4.1 Limitações e Forças do Estudo | 28 |
| 5. Conclusão | 29 |
| Referências Bibliográficas | 30 |
| Anexos | 33 |
| Anexo 1 - Pedido de autorização para recolha de dados | 33 |
| Anexo 2 - Declaração de Consentimento Livre e Informado | 34 |
| Anexo 3 - Questionário - Informações psicossociais e Testes Cognitivos | 36 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Mini Mental State Examination (MMSE) | 13 |
| Figura 2. Teste dos dígitos - Memória imediata | 13 |
| Figura 3. Teste dos dígitos - Memória operacional | 13 |
| Figura 4. Palavras começadas por “S” | 13 |
| Figura 5. Relação entre anos de escolaridade e défice cognitivo | 16 |
| Figura 6. Relação entre grupo profissional e défice cognitivo | 16 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Informação recolhida sobre as características psicossociais | 5 |
| Tabela 2. Testes Cognitivos Aplicados | 6 |
| Tabela 3. Características Sociodemográficas | 8 |
| Tabela 4. Educação | 9 |
| Tabela 5. Vida Profissional | 10 |
| Tabela 6. Integração Social | 11 |
| Tabela 7. Participação em atividades lúdicas durante a vida adulta | 11 |
| Tabela 8. Atividades lúdicas cognitivas | 12 |
| Tabela 9. Atividades lúdicas desportivas | 12 |
| Tabela 10. Capacidade funcional e autonomia | 13 |
| Tabela 11. Resultados dos Testes Cognitivos | 14 |
| Tabela 12. Terapia com psicofármacos | 14 |
| Tabela 13. Relação entre alfabetização e défice cognitivo | 15 |
| Tabela 14. Relação entre anos de escolaridade e défice cognitivo | 15 |
| Tabela 15. Relação trabalhar fora de casa e défice cognitivo e, entre idade da reforma e défice cognitivo | 17 |
| Tabela 16. Relação entre integração social e défice cognitivo | 17 |
| Tabela 17. Relação entre manter amigos anteriores à reforma e défice cognitivo | 18 |
| Tabela 18. Relação entre participação em atividades sociais durante a vida adulta e défice cognitivo | 18 |
| Tabela 19. Relação entre participação em atividades lúdicas cognitivas e défice cognitivo | 19 |
| Tabela 20. Relação entre participação em atividades intelectuais durante a vida adulta e défice cognitivo | 19 |
| Tabela 21. Relação entre prática de exercício físico e défice cognitivo | 20 |
| Tabela 22. Relação entre participação em atividades desportivas durante a vida adulta e défice cognitivo | 21 |
| Tabela 23. Relação entre manutenção de autonomia funcional e défice cognitivo | 21 |
| Tabela 24. Relação entre manutenção da rotina diária após a reforma e défice cognitivo | 22 |

1. Introdução

O atual envelhecimento da população tem levado a um aumento da prevalência das demências em todo o mundo. O número de pessoas no planeta que sofre de demência é de cerca de 35,6 milhões, prevendo-se que este número seja quase o dobro em 2030 (65,7 milhões) e mais do triplo em 2050 (115,4 milhões)(4). Estima-se que a cada ano surgem 7,7 milhões de novos casos, correspondendo a um caso novo a cada 4 segundos (4).

Portugal não é exceção a este envelhecimento demográfico. A população idosa, com 65 anos ou mais, é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total (3). Na última década, o número de idosos cresceu cerca de 19%. O índice de envelhecimento da população portuguesa é de 129, o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 129 idosos (3).

A demência é uma síndrome relacionada com doenças que causam dano cerebral, usualmente de natureza crónica e progressiva, que afeta várias funções corticais superiores, incluindo a memória, o raciocínio, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem e a linguagem. Para além da perda das capacidades cognitivas, frequentemente, observa-se deterioração no controlo emocional e alterações no comportamento social.

A grande maioria dos pacientes que sofrem de demência faz parte da população idosa. Esta síndrome é uma das principais causas de incapacidade e dependência entre esta população (4).

Entre as patologias que causam demência, a doença de Alzheimer é a mais comum (mais de 75% dos casos (2)), seguida de demência vascular, demência por corpos de Lewy e, por último, demência frontotemporal (4). Dado que a doença de Alzheimer é a forma mais encontrada, passaremos a abordar este tipo de demência.

Os fatores etiológicos da doença de Alzheimer permanecem ainda incertos. Pensa-se que os fatores psicossociais poderão influenciar a patogénese e manifestações clínicas desta doença (2). Sendo assim, intervenções a este nível poderiam prevenir ou atrasar o desenvolvimento da demência.

Observa-se um aumento do reconhecimento da influência dos fatores relacionados com o estilo de vida (atividade física, atividades cognitivas, hobbies e socialização) na demência (5). Está demonstrado um aumento do risco de demência com a diminuição da integração social na população idosa, embora o isolamento social possa ser já um sintoma pródrómo desta síndrome (8).

Existe evidência epidemiológica que um estilo de vida caracterizado pela participação em atividades de lazer de natureza intelectual e social está associado a um declínio cognitivo menos acentuado em idosos saudáveis, podendo assim, estar relacionado com a diminuição do risco de demência (5).

A prática de atividade física foi associada a uma melhoria da função cognitiva em idosos (5). Benefícios psicossociais da atividade física têm sido relacionados com alterações nos níveis hormonais, melhorando o fluxo sanguíneo cerebral, levando a um aumento do número de sinapses e plasticidade cerebral (10).

Empregos de elevada complexidade, que envolvam a interação com pessoas, têm sido indicados como protetores contra a demência (6). A manutenção da reserva cognitiva (7), através da estimulação cerebral, pode ser a explicação deste facto. Acredita-se que a educação e os fatores ocupacionais são determinantes de grande importância na reserva cognitiva, podendo explicar diferenças individuais na deterioração cognitiva que acompanha o envelhecimento (7).

A teoria da reserva cognitiva pode explicar que os diferentes estilos de vida, com diferenças nos fatores psicossociais, possam influenciar o processamento neural e a organização sináptica, permitindo que os processos neurológicos se tornem mais eficientes, adaptativos e com maior plasticidade, fazendo com que alguns indivíduos lidem com a progressão da patologia da demência melhor que outros (10).

Devido a diferenças biológicas, sociais e outras divergências entre os sexos, o efeito das atividades de lazer no risco de demência e declínio cognitivo varia entre homens e mulheres. Embora não haja evidência conclusiva, diferenças entre géneros foram observadas na frequência de ocorrência de demência e na exposição a fatores de risco (10).

Devido ao rápido aumento do número de casos de demência, torna-se fundamental a necessidade de investir na sua prevenção, de modo a poder diminuir o seu peso na sociedade futura.

A hipótese de os fatores psicossociais poderem estar associados às demências abre um novo caminho com novas perspectivas na sua prevenção e mesmo no seu tratamento. É importante identificar quais as populações de risco como alvo de futuras intervenções específicas e, consequentemente, delinear melhores estratégias preventivas e terapêuticas (9).

Segundo o National Institutes of Health (NIH), instituição de pesquisa biomédica do Departamento de Saúde do governo dos EUA, é necessária muita investigação na área da prevenção de fatores predisponentes para o declínio cognitivo típico da doença de Alzheimer. Vários estudos têm demonstrado uma possível associação das demências com as

características psicossociais individuais (atividade física, atividades de lazer, envolvimento social e cognitivo), embora se considere que os resultados ainda são limitados e, por vezes, inconsistentes (11).

1.1 Objetivos

Objetivo geral: Analisar a influência das características psicossociais na população idosa na demência.

Objetivos específicos:

1. Estudar a existência de fatores psicossociais importantes na prevenção da demência.
2. Verificar a relação entre uma determinada característica psicossocial e os resultados obtidos em testes de avaliação cognitiva.
3. Identificar as atividades que devem ser estimuladas na população idosa de modo a minorar o impacto das demências.
4. Identificar os fatores psicossociais com maior impacto na prevalência das demências (físicos, cognitivos, sociais).

1.2 Hipóteses de Estudo

H1: Um maior nível de educação está associado a uma menor prevalência de défice cognitivo e demência.

H2: A profissão influencia a presença de défice cognitivo e demência.

H3: Uma maior integração social protege contra défice cognitivo e demência.

H4: Participação em atividades lúdicas cognitivas associa-se a um menor risco de défice cognitivo e demência.

H4: Participação em atividades lúdicas desportivas associa-se a um menor risco de défice cognitivo e demência.

2. Material e Métodos

2.1 Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo observacional transversal no período compreendido entre os meses de Junho a Dezembro de 2013.

2.2 Participantes

A amostra inclui idosos que frequentam ou residem em lares ou centros de apoio à terceira idade, no distrito de Aveiro.

2.2.1 Critérios de Inclusão

Idosos com 70 anos ou mais que frequentam centros de dia ou residem em lares da terceira idade no Distrito de Aveiro.

2.2.2 Critérios de Exclusão

Afasia ou défice auditivo ou défice visual ou défice cognitivo de severidade suficiente para impossibilitar a realização dos testes cognitivos, assim como a recolha de dados psicossociais.

2.3 Procedimentos

Durante os meses de Junho a Dezembro de 2013 foram contactados 17 lares de idosos do distrito do Aveiro (documento de pedido de autorização para recolha de dados anexo 1). Foi obtida a aprovação pela direção das seguintes instituições para a realização da recolha de dados:

- Lar de São José - Ílhavo
- Lar da Santa Casa da Misericórdia - Vagos
- Casa do Professor - Aveiro
- Lar da Santa Casa da Misericórdia - Oliveira do Bairro

2.3.1 Seleção da Amostra

A seleção da amostra foi feita por conveniência (acidental) nas instituições supramencionadas, tendo sido estudados no total 72 idosos.

Todos os participantes foram informados sobre o que constava a investigação em curso, voluntariedade da sua participação e confidencialidade dos dados por estes fornecidos (anexo 2).

2.3.2 Instrumentos e Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos por inquérito direto a cada um dos idosos participantes. Algumas das informações foram recolhidas com ajuda da equipa dos lares de idosos (animadores socioculturais, enfermeiros, auxiliares).

Para a recolha das informações psicossociais foram aplicados inquéritos sobre as seguintes características: educação, vida profissional, integração social, atividades lúdicas (sociais, desportivas e cognitivas) e capacidade funcional e autonomia (anexo 3).

Tabela 1. Informação recolhida sobre as características psicossociais

| Área | Informação Recolhida |
|----------------------------------|--|
| Educação | <ul style="list-style-type: none"> • Alfabetizado/Analfabeto • Anos de Escolaridade |
| Vida Profissional | <ul style="list-style-type: none"> • Profissão • Idade da Reforma • Trabalhou fora de casa |
| Integração Social | <ul style="list-style-type: none"> • Onde/Com quem vive • Frequência de participação em atividades de grupo • Números de pessoas com que contacta por semana que não vivam no mesmo local que o participante • Manutenção de amizades que tinha antes da reforma • Frequência de ocupação dos tempos livres com atividades sociais durante a vida adulta |
| Atividades Lúdicas Cognitivas | <ul style="list-style-type: none"> • Frequência de participação atividades cognitivas (ler, escrever, jogos como “palavras cruzadas” / “sopas de letras”, jogos de tabuleiro / cartas / dominó, tocar instrumentos musicais, fazer renda / tricotar, ver televisão, usar o computador / internet) • Frequência de ocupação dos tempos livres com atividades intelectuais durante a vida adulta |
| Atividades Lúdicas Desportivas | <ul style="list-style-type: none"> • Frequência de participação atividades desportivas - individuais e de grupo • Frequência de ocupação dos tempos livres com atividades desportivas durante a vida adulta |
| Capacidade Funcional e Autonomia | <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de autonomia funcional (cozinhar, limpar a casa, passar a roupa a ferro, jardinagem, ir às compras, tratar de animais, tomar conta dos netos) • Manutenção de rotina diária após a reforma |

Para a avaliação da função cognitiva realizaram-se os seguintes testes (tabela 2) (anexo 3):

- Mini Mental State Examination (MMSE),
- Teste dos Dígitos (*Digit Span Test*)
 - Memória Imediata
 - Memória Operacional
- Palavras começadas por “S”.

Tabela 2. Testes Cognitivos Aplicados

| | |
|---|---|
| Mini Mental State Examination (MMSE) | Avalia a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. <u>Considera-se com defeito cognitivo:</u> Analfabetos: ≤ 15 pontos 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos (Pontuação Máxima: 30 pontos) |
| Teste dos Dígitos (Digit Span Test) | Avalia a memória imediata e a memória operacional. Memorizar e repetir sequências de dígitos na mesma ordem (memória imediata) e na ordem inversa (memória operacional). Média de valores memorizados: Memória Imediata: 7±2; Memória Operacional: 5±2 |
| Palavras começadas por “S” | Avalia a fluência lexical/flexibilidade mental). Dizer em 1 minuto o maior número de palavras começadas por S, que não sejam nomes próprios (nomes de pessoas, países de cidades), conjugações de verbos (ex.: “saber e sabia”) e palavras derivadas (ex.: “sapato e sapatinho”). Para além do número de palavras ditas corretamente, também são avaliados os erros cometidos (palavras iniciadas por outras letras, repetição da mesma palavra, preservação de ideias, ficar preso em categorias de palavras). |

Após a análise dos resultados obtidos em cada um dos testes os idosos foram classificados com “presença de défice cognitivo” ou “ausência de défice cognitivo”.

Foi ainda colhida informação sobre terapia com psicofármacos (ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; antidepressivos; antipsicóticos; lítio).

2.4 Métodos Estatísticos

Os dados recolhidos foram organizados numa base de dados e o tratamento estatístico foi realizado através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.0® para o Microsoft Windows®.

Inicialmente, efetuou-se a estatística descritiva dos dados recolhidos. De seguida, foram usadas tabelas de contingência (dupla entrada), sempre que possível, para variáveis dicotomizadas, e conseqüente análise de risco.

O teste de independência do qui-quadrado foi usado sempre que possível. Nos casos em que mais de 20% das células tiveram frequência <5 foi tido em conta o valor do p-value do teste exato de Fisher.

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos sempre que o respetivo valor de prova (p) não excedeu o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3. Resultados

3.1 Caracterização Geral da Amostra

A amostra compreendeu 72 idosos, entre os quais 75% residem em lar de idosos e 25% frequentam centro de dia.

Entre os participantes 33,3% pertencem ao género masculino e 66,7% ao género feminino, apresentando idades compreendidas entre os 70 e os 96 anos com uma média de 83 anos com desvio padrão de 6,6 anos.

Em relação ao estado civil, 70,8% são viúvos, 11,1% são casados, 9,7% são solteiros e 8,3% são divorciados (tabela 3).

Tabela 3. Características Sociodemográficas

| | | n (n/N)% |
|--|-------------------------|------------------|
| Reside em lar de idosos ou frequenta centro de dia | Reside em Lar de Idosos | 54 (75%) |
| | Frequenta Centro de Dia | 18 (25%) |
| | Total (N) | 72 (100%) |
| Género | Masculino | 24 (33,3%) |
| | Feminino | 48 (66,7%) |
| | Total (N) | 72 (100%) |
| Estado Civil | Viúvo(a) | 51 (70,8%) |
| | Casado(a) | 8 (11,1%) |
| | Solteiro(a) | 7 (9,7%) |
| | Divorciado(a) | 6 (8,3%) |
| | Total (N) | 72 (100%) |

3.1.1 Características Psicossociais

Educação

Na amostra estudada 11,1% dos inquiridos referem não saber ler nem escrever. Em relação aos anos de escolaridade encontramos 9,7% de idosos que nunca frequentaram a escola, 25,0% que frequentaram a escola mas não concluíram o 4º ano de escolaridade, 44,4% que

concluíram o 4º ano de escolaridade, 4,2% que concluíram o 6ºano de escolaridade, 4,2% que concluíram o 9º ano de escolaridade, e 12,5% que concluíram o ensino superior (tabela 4).

Tabela 4. Educação

| | | n (n/N)% |
|-----------------------------|--|------------|
| Alfabetização | Analfabeto | 8 (11,1%) |
| | Alfabetizado | 64 (88,9%) |
| | Total (N) | 72 (100%) |
| Anos de Escolaridade | Não Frequentou a escola | 7 (9,7%) |
| | Menos de 4 anos de escolaridade | 18 (25,0%) |
| | 4 anos de escolaridade | 32 (44,4%) |
| | 6 anos de escolaridade | 3 (4,2%) |
| | 9 anos de escolaridade | 3 (4,2%) |
| | Ensino superior | 9 (12,5%) |
| | Total (N) | 72 (100%) |

Vida Profissional

Dos idosos inquiridos, 11,1% nunca tinham trabalhado fora de casa. Verifica-se que os grupos profissionais mais frequentes são “trabalhadores da indústria, construção, mecânica” e “agricultura e pescas” com uma frequência de 23,6% cada, seguidos de “manufatura (costura e alfaiataria) ” e “domésticas” que apresentam uma frequência relativa de 12,5% (a distribuição da amostra segundo a profissão apresenta-se na tabela 5).

Na amostra encontramos 9,7% que se reformaram antes de 50 anos, 19,4% entre os 50-59 anos, 50,0% entre os 60-69 anos e 12,5% com idade igual ou superior a 70 anos (tabela 5).

Tabela 5. Vida Profissional

| Trabalho fora de casa | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-----------------|---------------------------------|--|------------------------|---------------------|----------------------------------|------------|-----------|
| Nunca trabalhou fora de casa | | | | | Trabalhou fora de casa | | | | Total (N) |
| 8 (11,1%) | | | | | 64 (88,9%) | | | | 72 (100%) |
| Profissão | | | | | | | | | |
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas | Profissionais Técnicos | Administrativos | Hotelaria, Turismo, Restauração | Trabalhadores da indústria, construção, mecânica | Transportes | Agricultura, Pescas | Manufatura (costura/alfaiataria) | Domésticas | Total (N) |
| 9 (12,5%) | 1 (1,4%) | 3 (4,2%) | 6 (8,3%) | 17 (23,6%) | 1 (1,4%) | 17 (23,6%) | 9 (12,5%) | 9 (12,5%) | 72 (100%) |
| Idade da Reforma | | | | | | | | | |
| <50 anos | 50-59 anos | | 60-69 anos | | ≥ 70 anos | Não Aplicável | | Total (N) | |
| 7 (9,7%) | 14 (19,4%) | | 36 (50,0%) | | 9 (12,5%) | 6 (8,3%) | | 72 (100%) | |

Integração Social

A partir da análise das respostas das seguintes questões: 1) frequência de participação em atividades de grupo (menos de 1 vez por semana, 1-3 vezes por semana ou mais de 3 vezes por semana) e 2) número de pessoas que contactam por semana que não vivam no mesmo local que o participante (menos de 4 pessoas ou 4 ou mais pessoas), a amostra foi dividida nos grupos “Maior Integração Social” e “Menor Integração Social”.

Verifica-se que 70,8% dos idosos estudados pertencem ao grupo de menor integração social, estando os restantes 29,2% no grupo de maior integração social (tabela 6).

Observa-se que 59,7% dos idosos afirmam manter contacto com os amigos que tinham antes de se terem reformado, ao contrário dos 40,3% que dizem já não ter convivência com esses amigos (tabela 6). Em relação à participação em atividades de cariz social durante a vida adulta, 19,4% referem que participavam nunca/raramente, 51,4% às vezes e 29,2% frequentemente (tabela 7).

Tabela 6. Integração Social

| Integração Social | | |
|---|-------------------------|-----------|
| Menor Integração Social | Maior Integração Social | Total (N) |
| 51 (70,8%) | 21 (29,1%) | 72 (100%) |
| Manutenção de amizades que tinha antes de se reformar | | |
| Não | Sim | Total (N) |
| 29 (40,3%) | 43 (59,7%) | 72 (100%) |

Tabela 7. Participação em atividades lúdicas durante a vida adulta

| | Nunca/Raramente n (n/N)% | Às Vezes n (n/N)% | Frequentemente n (n/N)% | Total N (%) |
|--------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|----------------|
| Social | 14 (19,4%) | 37 (51,4%) | 21 (29,2%) | 72 (100%) |
| Intelectual | 35 (48,6%) | 17 (23,6%) | 20 (27,8%) | 72 (100%) |
| Desportiva | 33 (45,8%) | 12 (16,7%) | 27 (37,5%) | 72 (100%) |

Atividades Lúdicas Cognitivas

No que diz respeito à participação em atividades lúdicas cognitivas, os participantes foram divididos em dois grupos, segundo a frequência e diversidade com que realizam estas atividades. O grupo dos idosos que diz participar em duas ou mais atividades diferentes pelo menos uma vez por semana corresponde a 41,7%, os restantes 58,3% participam em menos de duas atividades diferentes semanalmente (tabela 8). Durante a vida adulta, 48,66% nunca/raramente realizavam atividades intelectuais, 23,6% realizavam às vezes e 27,8% frequentemente (tabela 7).

Tabela 8. Atividades lúdicas cognitivas

| | n (n/N)% |
|---|------------------|
| Participa em menos de 2 atividades lúdicas cognitivas pelo menos uma vez por semana | 42 (58,3%) |
| Participa em 2 ou mais atividades lúdicas cognitivas pelo menos uma vez por semana | 30 (41,7%) |
| Total (N) | 72 (100%) |

Atividades Lúdicas Desportivas

Entre os idosos participantes 34,7% fazem exercício físico menos de uma vez por semana e 65,3% fazem-no pelo menos uma vez. Em relação à atividade física em grupo, 52,8% referem que não o fazem semanalmente, 47,2% participam neste tipo de atividade pelo menos uma vez por semana (tabela 9). Em relação à prática de exercício físico durante a vida adulta, 45,8% referem que o faziam nunca/raramente, 16,7% às vezes e 37,5% frequentemente (tabela 7).

Tabela 9. Atividades lúdicas desportivas

| | Menos de uma vez por semana n (n/N)% | Pelo menos uma vez por semana n (n/N)% | Total N (%) |
|--------------------------------------|---|---|----------------|
| Prática de exercício físico | 25 (34,7%) | 47 (65,3%) | 72 (100%) |
| Prática de exercício físico em grupo | 38 (52,8%) | 34 (42,7%) | 72 (100%) |

Capacidade Funcional e Autonomia

Dos idosos inquiridos apenas 13,9% mantêm autonomia funcional. A grande maioria dos idosos (90,3%) refere ter mantido uma rotina diária após se ter reformado (tabela 10).

Tabela 10. Capacidade funcional e autonomia

| | Não n (n/N)% | Sim n (n/N)% | Total N (%) |
|--|-----------------|-----------------|----------------|
| Autonomia Funcional | 62 (86,1%) | 10 (13,9%) | 72 (100%) |
| Manutenção de Rotina Diária Após a Reforma | 7 (9,7%) | 65 (90,3%) | 72 (100%) |

3.1.2 Resultados dos Testes Cognitivos

Na amostra estudada, após a análise individual de cada um dos participantes, 66,7% dos inquiridos apresentam resultados compatíveis com “presença de défice cognitivo” nos testes que foram aplicados, os restantes 33,3% têm “Ausência de Défice Cognitivo” (tabela 11). A distribuição de resultados obtida em cada um dos testes aplicados está representada nas figuras 1 a 4.

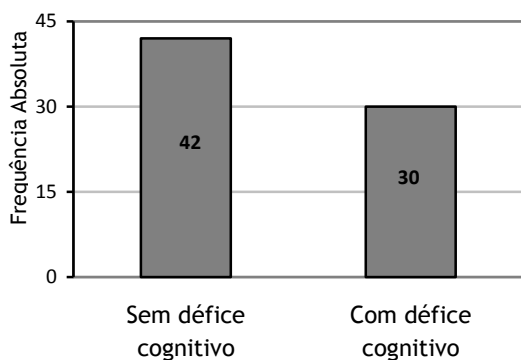


Figura 1. Mini Mental State Examination (MMSE)

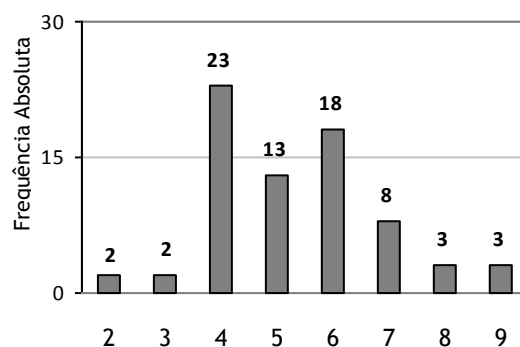


Figura 2. Teste dos dígitos - Memória imediata (número de dígitos memorizados; média 7±2)

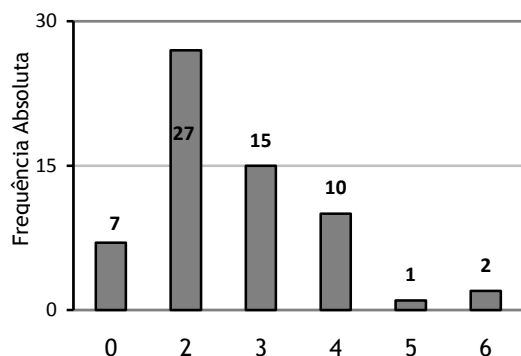


Figura 3. Teste dos dígitos - Memória operacional (número de dígitos memorizados; média 5±2)

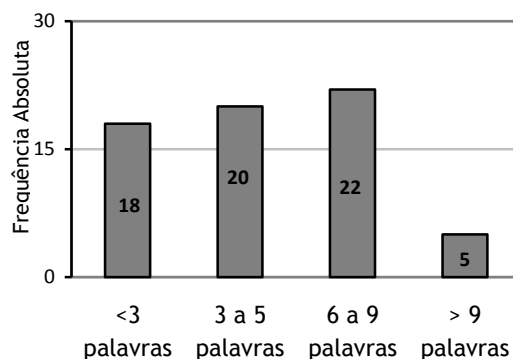


Figura 4. Palavras começadas por “S”

Tabela 11. Resultados dos Testes Cognitivos

| | Presente n (n/N)% | Ausente n (n/N)% | Total N (%) |
|------------------|----------------------|---------------------|----------------|
| Défice Cognitivo | 48 (66,7%) | 24 (33,3%) | 72 (100%) |

3.1.3 Terapia Com Psicofármacos

Entre os participantes 68,1% faz terapia com psicofármacos, entre os quais 89,8% estão medicados com ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, 42,9% com antidepressivos e 26,5% com antipsicóticos (tabela 12).

Tabela 12. Terapia com psicofármacos

| | Não n (n/N)% | Sim n (n/N)% | Total N (%) |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Terapia com psicofármacos | 23 (31,9%) | 49 (68,1%) | 72 (100%) |
| Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos | 5 (10,2%) | 44 (89,8%) | 49 (100%) |
| Antidepressivos | 28 (57,1%) | 21 (42,9%) | 49 (100%) |
| Antipsicóticos | 36 (73,5%) | 13 (26,5%) | 49 (100%) |

3.2 Relação entre Características Psicossociais e a Presença de Déficit Cognitivo

3.2.1 Educação

Verifica-se que na amostra estudada todos indivíduos analfabetos apresentam déficit cognitivo enquanto, entre os alfabetizados, encontramos uma prevalência de 62,5%. Esta diferença é estatisticamente significativa, sendo o déficit cognitivo dependente da alfabetização (teste exato de Fisher com $p=0,046$) (tabela 13).

Observa-se a existência de relação estatisticamente significativa entre os anos de escolaridade e déficit cognitivo (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,028$), havendo uma diminuição do número de casos de déficit cognitivo com o aumento da escolaridade. A relação entre as variáveis anos de escolaridade e déficit cognitivo está exposta na tabela 14 e na figura 5.

Tabela 13. Relação entre alfabetização e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste Exato de Fisher |
|---------------|--------------|------------------|------------|-------------|-----------------------|
| | | Não | Sim | | |
| Alfabetização | Analfabeto | 0 (0,0%) | 8 (100%) | 8 (100,0%) | P=0,046* |
| | Alfabetizado | 24 (37,5%) | 40 (62,5%) | 64 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

*Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Tabela 14. Relação entre anos de escolaridade e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|----------------------|---------------------------------|------------------|------------|-------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Anos de Escolaridade | Não Frequentou a escola | 0 (0,0%) | 7 (100,0%) | 7 (100,0%) | p=0,028* |
| | Menos de 4 anos de escolaridade | 4 (22,2%) | 14 (77,8%) | 18 (100,0%) | |
| | 4 anos de escolaridade | 11 (34,4%) | 21 (65,6%) | 32 (100,0%) | |
| | 6 anos de escolaridade | 1 (33,3%) | 2 (66,7%) | 3 (100,0%) | |
| | 9 anos de escolaridade | 3 (100,0%) | 0 (0,0%) | 3 (100,0%) | |
| | Ensino superior | 5 (55,6%) | 4 (44,4%) | 9 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

*Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

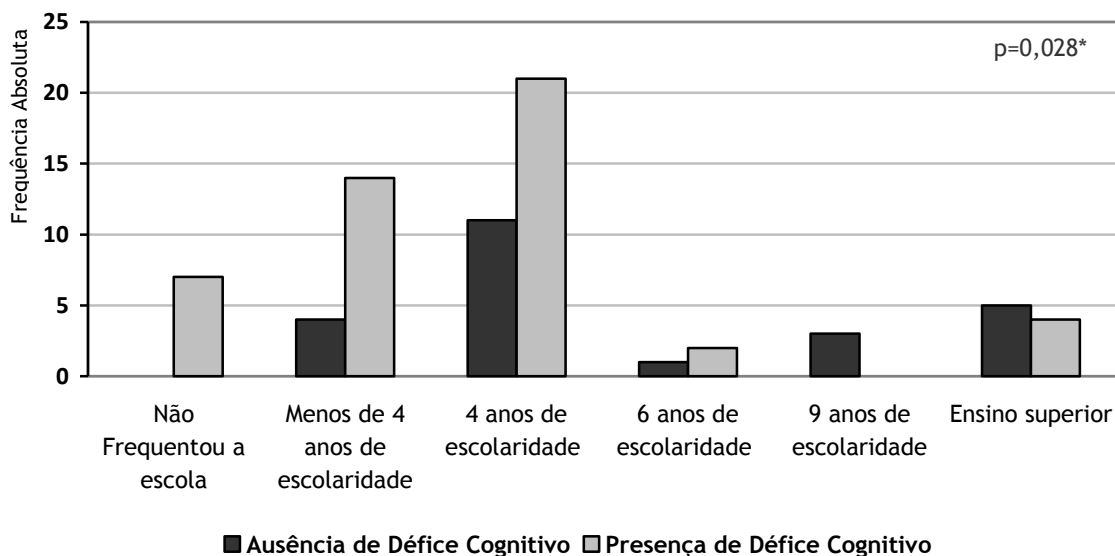


Figura 5. Relação entre anos de escolaridade e déficit cognitivo

*Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

3.2.2 Vida Profissional

A análise da relação existente entre os diversos grupos profissionais e a presença/ausência de déficit cognitivo não foi estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,493$) (figura 6). Da mesma forma, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre trabalhar fora de casa e déficit cognitivo (teste exato de Fisher com $p=0,710$) (tabela 15), assim como a idade da reforma e déficit cognitivo (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,607$) (tabela 16).

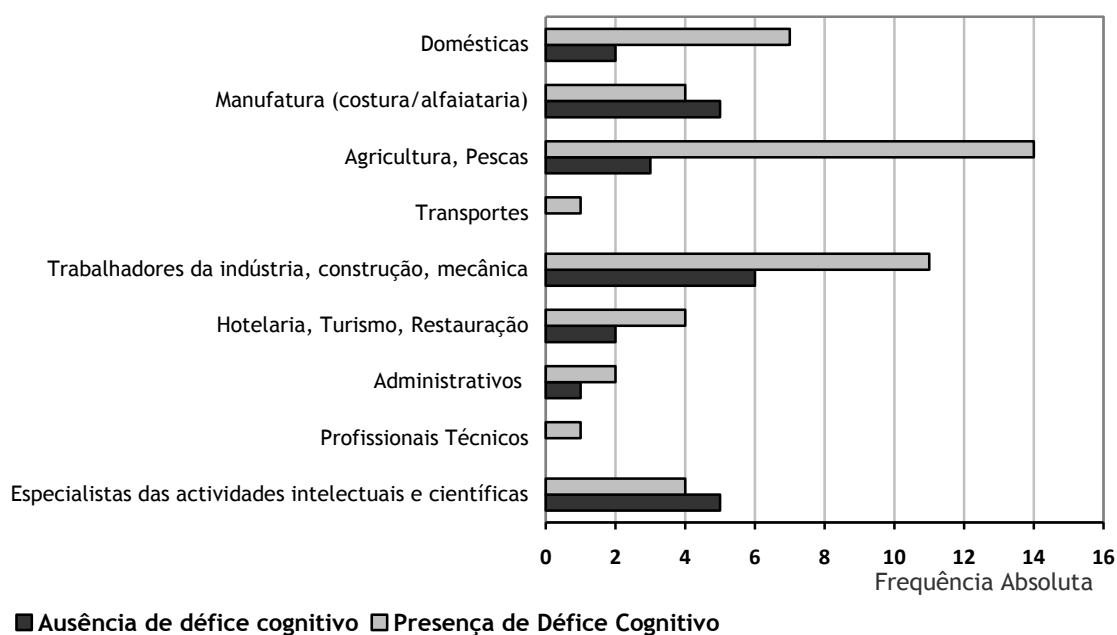


Figura 6. Relação entre grupo profissional e déficit cognitivo

Tabela 15. Relação trabalhar fora de casa e déficit cognitivo e, entre idade da reforma e déficit cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | |
|------------------------|-------------|------------------|------------|-------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Trabalhou fora de casa | Não | 2 (25,0%) | 6 (75,0%) | 8 (100,0%) | Teste Exato de Fisher P=0,710 |
| | Sim | 22 (34,4%) | 42 (42,7%) | 64 (100,0%) | |
| | Total N (%) | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |
| Idade da Reforma | <50 anos | 2 (28,6%) | 5 (71,4%) | 7 (100,0%) | Teste de independência do Qui-Quadrado P=0,607 |
| | 50-59 anos | 7 (50,0%) | 7 (50,0%) | 14 (100,0%) | |
| | 60-69 anos | 11 (12,5%) | 25 (69,4%) | 36 (100,0%) | |
| | ≥ 70 anos | 3 (33,3%) | 6 (66,7%) | 9 (100,0%) | |
| | Total N (%) | 23 (33,3%) | 43 (66,7%) | 66 (100,0%) | |

3.2.3 Integração Social

No que diz respeito à integração social, observa-se que tanto o grupo com baixa, quanto aquele com alta integração social têm aproximadamente a mesma frequência de presença de déficit cognitivo (68,6% e 61,9%, respetivamente). Não existe significância estatística entre as variáveis (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,582$) (tabela 16).

Idosos que mantêm as amizades que tinham durante a vida adulta não têm alteração significativa nos resultados dos testes cognitivos (65,1% de déficit cognitivo no grupo que afirma manter amizades, versus 69,0% no grupo que não mantém) (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,734$) (tabela 17).

Tabela 16. Relação entre integração social e déficit cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|-------------------|-------------|------------------|------------|-------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Integração Social | Baixa | 16 (31,4%) | 35 (68,6%) | 35 (100,0%) | P=0,582 |
| | Alta | 8 (38,1%) | 13 (61,9%) | 13 (100,0%) | |
| | Total N (%) | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

Tabela 17. Relação entre manter amizades anteriores à reforma e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|--------------------------------------|-------------|------------------|---------------|----------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Mantém amizades anteriores à reforma | Não | 9 (31,0%) | 20 (69,0%) | (100,0%) | P=0,734 |
| | Sim | 15 (34,9%) | 28 (65,1%) | (100,0%) | |
| | Total N (%) | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

A participação em atividades de cariz social durante a vida adulta também não demonstrou ter associação estatisticamente significativa com a presença de défice cognitivo (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,083$) (tabela 18).

Tabela 18. Relação entre participação em atividades sociais durante a vida adulta e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|--|-----------------|------------------|---------------|----------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Participação em atividades sociais durante a vida adulta | Nunca/Raramente | 3 (21,4%) | 11 (78,6%) | 14 (100,0%) | P=0,083 |
| | Às Vezes | 10 (27,0%) | 27 (73,0%) | 37 (100,0%) | |
| | Frequentemente | 11 (52,4%) | 10 (66,7%) | 21 (100,0%) | |
| | Total N (%) | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

3.2.4 Atividades Lúdicas / Sociais

3.2.4.1 Cognitivas

Quanto à participação em atividades lúdicas cognitivas, observa-se que entre os que participam em menos de 2 atividades pelo menos uma vez por semana existem 83,3% de pessoas com défice cognitivo ao passo que, no grupo dos que participam em duas ou mais atividades diferentes pelo menos uma vez por semana, existem apenas 43,3%. Existe uma associação estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com $p<0,001$) (tabela 19). Podemos apenas concluir que existe uma associação significativa entre

estas duas variáveis, não nos é possível esclarecer se estes resultados são uma causa ou um efeito da demência.

A frequência de participação em atividades intelectuais durante a vida adulta está relacionada com a presença de défice cognitivo (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,003$). Na amostra estudada, têm défice cognitivo 85,7% dos que responderam “nunca/raramente” participar neste tipo de atividades, 52,9% dos que responderam “às vezes” e 45,0% dos que responderam “frequentemente” (tabela 20).

Tabela 19. Relação entre participação em atividades lúdicas cognitivas e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|-------------------------------|---|------------------|---------------|----------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Atividades Lúdicas Cognitivas | Participa em menos de 2 atividades lúdicas cognitivas pelo menos uma vez por semana | 7 (16,7%) | 35 (83,3%) | 42 (100,0%) | P<0,001* |
| | Participa em 2 ou mais atividades lúdicas cognitivas pelo menos uma vez por semana | 17 (56,7%) | 13 (43,3%) | 30 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

*Associação estatisticamente significativa ($p<0,05$)

Tabela 20. Relação entre participação em atividades intelectuais durante a vida adulta e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|---|-----------------|------------------|---------------|----------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Participação em atividades intelectuais durante a vida adulta | Nunca/Raramente | 5 (14,3%) | 30 (85,7%) | 35 (100,0%) | P=0,003* |
| | Às Vezes | 8 (47,1%) | 9 (52,9%) | 17 (100,0%) | |
| | Frequentemente | 11 (55,0%) | 9 (45,0%) | 20 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

*Associação estatisticamente significativa ($p<0,05$)

3.3.4.2 Desportivas

Em relação à prática de atividades desportivas os resultados obtidos demonstram não haver relação estatisticamente significativa (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,482$), ocorrendo o mesmo no que diz respeito à prática de exercício em grupo (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,182$) (tabela 21). Igualmente, o parâmetro sobre a frequência de ocupação dos tempos livres com atividades desportivas durante a vida adulta não demonstrou ter significância estatística (teste de independência do qui-quadrado com $p=0,124$) (tabela 22).

Tabela 21. Relação entre prática de exercício físico e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------------|---------------|----------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Prática de Exercício Físico | Menos de uma vez por semana | 7 (28,0%) | 18 (72,0%) | 25 (100,0%) | P=0,482 |
| | Pelo menos uma vez por semana | 17 (36,2%) | 30 (63,8%) | 47 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |
| Prática de Exercício Físico em Grupo | Menos de uma vez por semana | 10 (26,3%) | 28 (73,7%) | 38 (100,0%) | P=0,182 |
| | Pelo menos uma vez por semana | 14 (41,2%) | 20 (58,5%) | 34 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

Tabela 22. Relação entre participação em atividades desportivas durante a vida adulta e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste de independência do Qui-Quadrado |
|--|-----------------|------------------|----------------|----------------|--|
| | | Não | Sim | | |
| Participação em atividades desportivas durante a vida adulta | Nunca/Raramente | 12 (36,4%) | 21 (63,6%) | 33 (100,0%) | P=0,124 |
| | Às Vezes | 1 (8,3%) | 11 (91,7%) | 11 (100,0%) | |
| | Frequentemente | 11 (40,7%) | 48 (66,7%) | 16 (100,0%) | |
| Total N (%) | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | | |

3.2.5 Capacidade Funcional e Autonomia

A análise da questão sobre a manutenção de autonomia funcional mostra que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo daqueles que continuam responsáveis e os que já não o são, e a presença de défice cognitivo (frequências de 50,0% e 59,4%, respetivamente) (teste exato de Fisher com $p=0,285$) (tabela 23). Do mesmo modo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a manutenção de uma rotina diária após a reforma e défice cognitivo (teste exato de Fisher com $p=0,1,000$) (tabela 24).

Tabela 23. Relação entre manutenção de autonomia funcional e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste Exato de Fisher |
|-----------------------------------|-----|------------------|---------------|----------------|-----------------------|
| | | Não | Sim | | |
| Manutenção de autonomia funcional | Não | 19 (30,6%) | 43 (69,4%) | 62 (100,0%) | P=0,285 |
| | Sim | 5 (50,0%) | 5 (50,0%) | 10 (100,0%) | |
| Total N (%) | | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

Tabela 24. Relação entre manutenção da rotina diária após a reforma e défice cognitivo

| | | Défice Cognitivo | | Total | Teste Exato de Fisher |
|--|-------------|------------------|------------|-------------|-----------------------|
| | | Não | Sim | | |
| Manutenção da rotina diária após a reforma | Não | 2 (28,6%) | 5 (71,4%) | 7 (100,0%) | P=1,000 |
| | Sim | 22 (33,8%) | 43 (66,2%) | 65 (100,0%) | |
| | Total N (%) | 24 (33,3%) | 48 (66,7%) | 72 (100,0%) | |

4. Discussão

Segundo o relatório de 2013 das Nações Unidas “World Population Ageing”, o envelhecimento é um fenómeno universal do século XXI. Globalmente, as pessoas com 60 anos ou mais constituíam 9,2% da população mundial em 1990. No ano de 2013, esse número cresceu para 11,7% e prevê-se que atinja 21,1% em 2050. O número de pessoas deste grupo etário irá ultrapassar o seu dobro, passando de 841 milhões de pessoas em 2013, para dois biliões em 2050. Para além disso, projeta-se que, entre aqueles com mais de 60 anos, o grupo de pessoas com 80 anos ou mais (“*oldest old*”), também crescerá de 14% em 2013, para 19% em 2050 (12).

Com o envelhecimento da população, observa-se um aumento do número de pessoas que sofrem de demência. A promoção de um envelhecimento saudável, diminuindo o impacto das demências, é um tópico de profunda importância tanto a nível individual, quanto a nível social.

Numerosos estudos têm tentado descrever a etiologia e fatores de risco associados à doença de Alzheimer (a maior causa de demência). Fatores genéticos, cardiovasculares e ligados ao estilo de vida têm sido implicados (11).

Este estudo teve como objetivo analisar a influência das características psicossociais na população idosa na demência. A amostra foi constituída por 72 idosos residentes em lares de idosos e frequentadores de centros de dia, com idades compreendidas entre os 70 e os 96 anos. Entre os participantes, encontramos 24 homens (33,3%) e 48 mulheres (66,7%). Estes números refletem a predominância da população feminina entre os idosos, justificado pelo facto de as mulheres terem uma maior esperança de vida do que os homens. Em 2013, a nível mundial, existiam 85 homens por cada 100 mulheres na faixa etária com 60 anos ou mais, aumentando a proporção de mulheres com o aumento da idade, atingindo uma relação de 61 homens por cada 100 mulheres no grupo com 80 anos ou mais (12).

Entre o grupo de idosos estudados, encontramos um predomínio de indivíduos com défice cognitivo, 66,7% dos participantes tiveram nos testes cognitivos aplicados resultados compatíveis com défice cognitivo. Outros estudos apontam prevalências de demência superiores a 50% em lares de idosos (EUA (13), Itália (14), Reino Unido (15) e Espanha (16)).

No que concerne ao domínio da educação, neste estudo quer o analfabetismo, quer um menor grau de escolaridade, foram associados à presença de défice cognitivo de forma estatisticamente significativa. Observou-se que todas os participantes analfabetos apresentam défice cognitivo, em contraste com a frequência de 62,5% encontrada entre os alfabetizados. Vários estudos têm vindo a demonstrar que um nível educacional reduzido está

associado ao aumento do risco de demência (2). O artigo de revisão de Hughes et al (2009) afirma que um baixo grau de escolaridade está associado consistentemente ao aumento do risco de demência em diversos estudos (17). Segundo este mesmo artigo, existem três possíveis explicações para esta associação: a educação poderá produzir um viés de deteção, impedindo que aqueles com maior educação atinjam os critérios diagnósticos dos testes cognitivos, independentemente da perda de habilidades; a educação está dependente de outros fatores como o estatuto socioeconómico, nutrição e coeficiente de inteligência e, ainda, influencia outros possíveis fatores como o emprego, atividade física e hábitos de vida saudável; a educação aumenta a reserva cognitiva¹, induzindo neuroprotecção a longo prazo (17).

Paradoxalmente, existem alguns estudos que referem que após o diagnóstico de demência, indivíduos com escolaridade mais elevada apresentam declínio cognitivo mais acelerado (18). Estes indivíduos com maior reserva cognitiva, poderão tolerar um maior dano neurológico antes de terem manifestações clínicas de défice cognitivo, fazendo com que, à altura do diagnóstico, já tenham estabelecida doença mais avançada com progressão mais rápida (18).

Num estudo de 2007, realizado no Canadá, no qual se avaliou a associação entre a complexidade no trabalho, nos domínios informação, pessoas e objetos, e a incidência de demência (doença de Alzheimer e demência vascular), concluiu que trabalhos com complexidade mais elevada, no que diz respeito a pessoas e objetos poderão conferir proteção contra a demência. Em oposição, foi sugerido, neste mesmo artigo, que trabalho que envolva informação complexa poderá estar associado a um risco superior de deterioração cognitiva (6).

No que diz respeito à vida profissional, neste estudo foi analisada análise da relação existente entre défice cognitivo e as seguintes variáveis: grupo profissional, trabalhar fora de casa e idade da reforma. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa em nenhuma delas.

Existem estudos publicados que apontam que o *stress* no local de trabalho atua, independentemente da associação a doença cardiovascular, como fator de risco para o desenvolvimento de síndrome demencial, relacionado não apenas com demência vascular mas, também, com doença de Alzheimer (20, 21). Por outro lado, também foi indicado que empregos mais passivos (baixa exigência e baixo controlo) também resultam num aumento da

¹ Segundo a teoria da reserva cognitiva, algumas características individuais promovem a manutenção da função cognitiva a quando o dano neuropatológico, que ocorre no cérebro na demência (18). Uma maior reserva cognitiva, promove a capacidade do cérebro adulto sustentar os efeitos dos danos ou da doença a que está sujeito, suficientes para causar demência clínica em um indivíduo com menor reserva cognitiva (7).

incidência de demência entre os idosos (21).

O nível de envolvimento em atividades de lazer de carácter social, cognitivo e físico, e o seu possível papel na prevenção da demência tem sido alvo de interesse por parte dos investigadores, tendo sido sugerido que estas influenciam a saúde cognitiva dos mais velhos (17). Os idosos participantes deste estudo, também responderam a um grupo de questões que tinham por objetivo analisar a forma como ocupavam os seus tempos livres durante a sua vida adulta, e o nível de participação em atividades lúdicas, agora, enquanto idosos.

No que diz respeito ao envolvimento social, estudos têm vindo a sugerir que uma maior rede social, um maior apoio emocional e um nível mais alto de participação e integração social, durante a fase mais avançada da vida, estão associados a uma menor taxa de deterioração cognitiva e a um menor risco de demência (2, 5, 17). Segundo alguns estudos longitudinais, o nível de atividade social demonstrou ter efeitos precedentes, e não apenas ser consequência, da instalação da doença (17).

O trabalho de Saczynski et al (2005) examinou se os níveis de integração social durante a meia-idade (45-60 anos) e idade mais avançada (>60 anos) estavam associados com a incidência de demência. Este estudo não encontrou associação entre o envolvimento social durante a meia-idade e o risco de demência. No entanto, foi observado que os altos níveis de atividade social numa idade mais avançada estão associados a um menor risco de demência. Os autores deste estudo sublinham que embora uma baixa participação em atividades sociais entre os idosos possa estar associado a um maior risco de desenvolver demência, o nível de integração social poderá já ter sido modificado pelo próprio processo demencial, podendo estar associados aos pródromos da doença (8).

Os resultados do nosso trabalho vão ao encontro do que foi observado neste último estudo no que diz respeito à influência da integração social durante a meia-idade. Não encontramos uma associação estatisticamente significativa entre défice cognitivo e a resposta à pergunta sobre a frequência de participação em atividades de cariz social durante a vida adulta. Igualmente, também não foi encontrada relação estatisticamente significativa no que diz respeito à integração social à altura da recolha dos dados. Aqui, ambos os grupos com baixa integração social tinha apenas uma frequência ligeiramente superior de défice cognitivo do que o com alta integração social (68,6% e 61,9%).

Ao estudarmos a participação em atividades lúdicas cognitivas, concluímos que na nossa amostra foi significativa a sua influência na presença de défice cognitivo. Os idosos que referiram participar em duas ou mais atividades diferentes pelo menos uma vez por semana, apresentam uma frequência de défice cognitivo que é aproximadamente metade daquela dos que não o fazem (43,3% versus 83,3%). O mesmo foi observado no que concerne à participação neste tipo de atividades durante a vida adulta.

Vários estudos têm proposto que à medida que os indivíduos envelhecem, a participação em atividades intelectualmente estimulantes pode sustentar a função cognitiva, criar um “amortecedor” contra o declínio da função mental (presumidamente, aumentando a reserva cognitiva) e, ainda, aumentar a longevidade (22). Pessoas que participam frequentemente em atividades cognitivas (ler, jogar jogos de tabuleiro, jogar às cartas, resolver palavras-cruzadas), parecem estar sob menor risco de desenvolver doença de Alzheimer e déficit cognitivo (5, 22).

São convincentes estudos que descobriram que um maior nível de participação em atividades de carácter intelectual, durante a meia-idade, está associado a um menor risco de desenvolver demência clínica muitas décadas depois (22).

Daffner (2010), chama atenção para a necessidade de se ter em conta que a direção causal desta associação é difícil de se estabelecer. Talvez, a participação em menos atividades seja devida aos efeitos iniciais do processo neurodegenerativo subclínico (22).

No estudo prospetivo de Verghese et al (2003), que estudou a influência das atividades lúdicas cognitivas e desportivas no risco de demência, encontrou-se uma associação significativa entre uma frequência mais alta de participação em atividades lúdicas e um menor risco de vir a desenvolver demência no futuro. Não obstante, quando se estudou o efeito separadamente de cada um dos grupos de atividades, cognitivas e físicas, não se encontrou associação estatisticamente significativa com as últimas (23). Estes resultados são semelhantes àqueles que foram encontrados no nosso estudo. No que concerne à prática desportiva, não encontramos nenhuma relação com a presença de déficit cognitivo estatisticamente significativa. O mesmo ocorreu quando se analisou a influência da atividade desportiva realizada em grupo. Também não foi possível encontrar nenhuma relação com a frequência de participação neste tipo de atividades durante a vida adulta.

No entanto, existem estudos que apontam que mesmo atividade física de baixa intensidade, como caminhar, poderá diminuir o risco de déficit cognitivo e demência (2, 10). O exercício poderá ter efeitos benéficos no cérebro, promovendo a sua plasticidade, aumentando o nível de fatores neurotróficos e melhorando a resistência a agressões (23).

Embora a atividade física tenha um claro benefício na saúde global, o seu efeito protetor contra a demência continua incerto. Atividades cognitivas e desportivas por vezes sobrepõem-se, justificando os resultados discordantes que se encontram em diversos estudos sobre o papel da atividade física na demência (23).

Segundo os estudo de revisão de Wang (2012), o efeito protetor da atividade mental no declínio cognitivo tem sido consistentemente descrito tanto em estudos observacionais, quanto em experimentais. A maioria dos estudos observacionais forneceu evidências de um

efeito protetor da atividade física, mas este achado é menos evidente em estudos experimentais (10).

No seu artigo de revisão, sobre a promoção de um envelhecimento cognitivo saudável, Daffner (2010) considera que existe evidência epidemiológica suficiente para se obter a noção de que efeitos com maior benefício poderão ser obtidos na participação em atividades que envolvam uma mistura de componentes intelectuais, físicas e sociais (por exemplo, prática de desportos em grupo e jogar às cartas) (22).

A partir dos estudos realizados, ainda não é possível obter informação suficiente para concluir se as atividades sociais, cognitivas e físicas podem efetivamente diminuir o risco de desenvolver défice cognitivo, ou se apenas adiam a altura em que começam a surgir os primeiros sintomas de demência (9).

No nosso estudo, analisámos ainda, a correlação entre variáveis relacionadas com a capacidade funcional e autonomia (manutenção de autonomia funcional e manutenção de uma rotina diária após a reforma) e a presença de défice cognitivo. No que lhes diz respeito, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa.

Acredita-se que a manutenção de uma vida ativa ajuda as pessoas com maior idade a preservar a sua saúde física e mental. Segundo Fratiglioni et al (2004), existem evidências que suportam a hipótese de que idosos com um estilo de vida ativo e socialmente integrado poderão estar protegidos contra a doença de Alzheimer e demência (9).

Os três componentes relacionados com o estilo de vida (social, mental e físico), parecem ter mecanismos comuns na proteção contra o declínio cognitivo e demência. Acredita-se que uma via comum englobe as seguintes três hipóteses major: hipótese da reserva cognitiva, hipótese vascular e hipótese do *stress* (9).

O conceito de reserva cerebral foi proposto para explicar como os fatores de risco modificáveis afetam a demonstração clínica de défice cognitivo e demência (17). Foram propostos dois tipos de reserva cerebral, a passiva e a ativa. O componente passivo é a estrutura cerebral (neurónios e número de sinapses ou tamanho cerebral) que fornece a base da reserva, sendo primariamente determinado pela genética, mas podendo ser influenciado até certo grau por influências ambientais (ex.: nutrição). Por outro lado, o componente ativo, conhecido por reserva cognitiva, está mais ligado com o processamento neuronal e organização sináptica do que com diferenças neuroanatômicas. Este último pode ser influenciado pela educação e atividade intelectual sustentada, levando a estimulação mental (7, 17). É no componente ativo que reside o maior potencial para ampliar a reserva cerebral (17).

Os fatores de risco cardiovasculares estão comprovadamente associados à doença cerebrovascular, podendo levar a um aumento no risco de desenvolver demência (8, 17). Sabe-se que a exposição crónica ao *stress* tem efeitos no sistema cardiovascular, acelerando o seu envelhecimento, podendo conduzir a uma diminuição do tempo até às primeiras manifestações de demência (20). Possivelmente, o *stress* psicossocial poderá ter a sua atuação mediada pela chamada cascata de glucocorticoides. O *stress* está associado a uma hiperativação e desregulação do sistema nervoso autónomo e do eixo hipotálamo-supra-renal, podendo afetar o envelhecimento cognitivo por mecanismos que atuam na região do hipocampo (21).

4.1 Limitações e Forças do Estudo

Este estudo permitiu analisar a influência das diversas características psicossociais numa mesma amostra, algo diferente do que foi realizado em estudos anteriores, que incidiram no estudo de cada uma das variáveis individualmente.

Dado que este estudo é observacional e transversal, podemos apenas estabelecer a presença de uma associação entre um designado fator e uma consequência clínica mas, não conseguimos comprovar uma relação de causalidade.

A amostra foi recolhida apenas em lares de idosos e centros de dia, não sendo representativa de toda a população idosa portuguesa. No entanto, ao realizarmos este estudo, não encontramos estudos nesta área realizados em Portugal, pelo que esta investigação pode ser encarada como uma chamada de atenção para a necessidade de mais investigação nesta área em estudos futuros multicêntricos, transversais ou longitudinais.

O tamanho da amostra do estudo foi limitado pelo intervalo de tempo disponível, a necessidade de haver disponibilidade e consentimento das várias instituições para recolha dos dados e a dificuldade na conciliação dos horários da investigadora e da equipa dos lares participantes.

5. Conclusão

A perda das capacidades cognitivas é uma das consequências mais temidas do envelhecimento. Dado que ainda não existe nenhum tratamento efetivo para o défice cognitivo e demência, a confirmação do efeito protetor dos diferentes tipos de fatores psicossociais sobre a função cognitiva, levaria a um grande benefício social.

Nesta investigação, observou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis relacionadas com a educação e com a participação em atividades de natureza intelectual e um menor risco de défice cognitivo. Entre os idosos, um elevado grau de escolaridade é um fator protetor contra défice cognitivo. O mesmo foi observado no que diz respeito à participação em atividades lúdicas de natureza intelectual durante a vida adulta. No entanto, quando analisada a influência de fatores profissionais, sociais, desportivos e relacionados com a capacidade funcional e autonomia, não foi encontrada relação estatisticamente significativa.

Este estudo permite conjecturar que intervenções ao nível dos fatores psicossociais, principalmente de natureza educacional e intelectual, poderão conduzir a uma deterioração cognitiva menos acentuada e, conseqüente, a um envelhecimento mais saudável. É importante incentivar a investigação nesta área e realizar estudos prospetivos, que permitam estabelecer se, efetivamente, existe uma relação causal entre as diversas características psicossociais e a presença de défice cognitivo e síndrome demencial.

A demência não deve ser vista como um destino inevitável. É possível que no futuro, com intervenções sustentáveis, em grande escala, no estilo de vida das populações, se consiga uma diminuição significativa do número de pacientes com síndrome demencial, bem como atrasar as primeiras manifestações de défice cognitivo.

Referências Bibliográficas

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005 Dez 17. 366(9503):2112-7.
2. Povova J, Ambroz P, Bar M, Pavukova V, Sery O, Tomaskova H, Janout V. Epidemiological of and risk factors for Alzheimer's disease: A review. *Ostrava*. 2012 Jun. 156(2):108-14.
3. Instituto Nacional de Estatística - Statistics Portugal. Censos 2011 - Resultados Pré-definitivos. 2012 Fev 3.
4. World Health Organization. *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva. 2012.
5. Polidori MC, Nelles G, Pientka L. Prevention of dementia: focus on lifestyle. Department of Geriatrics, Marienhospital Herne, Ruhr University Bochum, 44627 Herne, Germany. 2010 Jun 29. pii: 393579.
6. Kröger E, Andel R, Lindsay J, Benounissa Z, Verreault R, Laurin D. Is complexity of work associated with risk of dementia? The Canadian Study of Health And Aging. Faculty of Medicine, Laval University, Quebec City, Quebec, Canada. 2008 Abr 1. 167(7):820-30.
7. Whalley LJ, Deary IJ, Appleton CL, Starr JM. Cognitive reserve and the neurobiology of cognitive aging. Clinical Research Centre, School of Medicine, University of Aberdeen, Royal Cornhill Hospital, Cornhill Road, Aberdeen. 2004 Nov. 3(4):369-82.
8. Saczynski JS, Pfeifer LA, Masaki K, Korf ES, Laurin D, White L, Launer LJ. The effect of social engagement on incident dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. Laboratory of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, Bethesda. 2006 Mar 1. 163(5):433-40.
9. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Aging Research Center, Division of Geriatric Epidemiology and Medicine, Neurotec Department, Karolinska Institute and Stockholm Gerontology Research Center, Stockholm, Sweden. 2004 Jun. 3(6):343-53.
10. Wang HX, Xu W, Pei JJ. Leisure activities, cognition and dementia. Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden. 2012 Mar. 1822(3):482-91.
11. Daviglus ML, Bell CC, Berrettini W, Bowen PE, Connolly ES, Cox NJ, Dunbar-Jacob JM, Granieri EC, Hunt G, McGarry K, Patel D, Potosky AL, Sanders-Bush E, Silberberg D, Trevisan

- M. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Preventing Alzheimer's Disease and Cognitive Decline. NIH Consens State Sci Statements. 2010 Apr 26-28. 27(4):1-30.
12. Department of Economic and Social Affairs PD. World Population Ageing. United Nations Publication. New York. 2007
13. Magaziner J, German P, Zimmerman SI, Hebel JR, Burton L, Gruber-Baldini AL, May C, Kittner S. The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. Department of Epidemiology and Preventive Medicine, School of Medicine, University of Maryland, Baltimore, USA.* 2000 Dec. 40(6):663-72.
14. Cherubini A, Ruggiero C, Dell'Aquila G, Eusebi P, Gasperini B, Zengarini E, Cerenzia A, Zuliani G, Guaita A, Lattanzio F. Underrecognition and undertreatment of dementia in Italian nursing homes. *Geriatric Hospital, Italian National Research Centres on Aging, Ancona, Italy.* 2012 Oct. 13(8):759.e7-13.
15. Matthews F, Denning T. Prevalence of dementia in institutional care. *UK Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Lancet* 2002. 360: 225-26
16. López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tamames Gómez S, León Colombo T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDE. *Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de Ancianos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.* 2009 Jan-Feb. 44(1):5-11
17. Hughes TF, Ganguli M. Modifiable Midlife Risk Factors for Late-Life Cognitive Impairment and Dementia. *Departments of Psychiatry (T.F.H., M.G.) and Neurology (M.G.), School of Medicine, and the Department of Epidemiology (M.G.), Graduate School of Public Health, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA.* 2009 May. 5(2):73-92.
18. Hall CB, Lipton RB, Sliwinski M, Katz MJ, Derby CA, Verghese J. Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. *Department of Epidemiology and Population Health, and Department of Neurology, Albert Einstein College of Medicine. USA.* 009 Aug 4. 73(5):356-61.
19. Chaves ML, Camozzato AL, Köhler C, Kaye J. Predictors of the progression of dementia severity in brazilian patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul School of Medicine, Porto Alegre, Brazil.* 2010 Mar.

20. Andel R, Crowe M, Hahn EA, Mortimer JA, Pedersen NL, Fratiglioni L, Johansson B, Gatz M. Work-related stress may increase the risk of vascular dementia. School of Aging Studies, St. Anne's University Hospital, Brno, Czech Republic. 2012 Jan. 60(1):60-7.
21. Wang HX, Wahlberg M, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Psychosocial stress at work is associated with increased dementia risk in late life. Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Sweden. 2012 Dec. 8(2):114-20.
22. Daffner KR. Promoting successful cognitive aging: a comprehensive review. Department of Neurology, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA. 2010. 19(4):1101-22.
23. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, Ambrose AF, Sliwinski M, Buschke H. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. Einstein Aging Study, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, USA. 2003 Jun 19. 348(25):2508-16.
24. Strauss E, Sherman EM. A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary, Third Edition. Oxford University Press 2006 Apr 6.
25. Hall CB, Lipton RB, Sliwinski M, Katz MJ, Derby CA, Verghese J. Cognitive activities delay onset of memory decline in persons who develop dementia. Department of Epidemiology and Population Health, and Department of Neurology, Albert Einstein College of Medicine, USA. 2009 Aug 4. 73(5):356-61.
26. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, Ambrose AF, Sliwinski M, Buschke H. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. Einstein Aging Study, Albert Einstein College of Medicine, USA. 2003 Jun 19. 348(25):2508-16.

Anexos

Anexo 1. Pedido de autorização para recolha de dados

Exmo(a) Sr(a) Director(a),

Sou uma aluna do 6º ano de Medicina da Universidade da Beira Interior, a realizar a tese de mestrado intitulada “*A influência dos factores psicossociais na prevenção das demências*”.

Este trabalho tem por objectivo analisar a influência das características psicossociais da população idosa na prevalência da síndrome demencial.

Pretende-se identificar quais as populações que estão sob maior risco de desenvolver demência e concluir quais as actividades que devem ser estimuladas na população, permitindo um envelhecimento mais saudável, reduzindo o impacto deste grupo de patologias na nossa sociedade.

Venho, por este meio, pedir a colaboração da vossa instituição na recolha de dados necessária. Para tal, necessito da vossa autorização para aplicar os questionários e testes cognitivos, em anexo, aos idosos com 70 anos ou mais a frequentar o centro de dia ou a residir no lar.

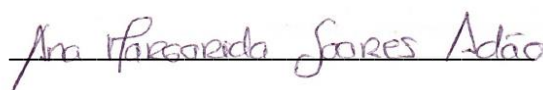
Reforço a importância de recolher informação sobre o maior número de pessoas possível, sendo o contributo da vossa instituição de grande valor para este trabalho.

Todos os dados serão tratados confidencialmente. Toda a informação pessoal fornecida será transformada em números e submetida a análise estatística. Apenas os autores do estudo terão acesso aos dados relativos a informação respeitante aos indivíduos envolvidos. Não existe qualquer risco para os participantes deste estudo.

Informo ainda, que este trabalho já foi sujeito a avaliação e aprovação pelo Conselho de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde – UBI.

Este trabalho está sob orientação da Professora Doutora Maria Luiza Constante Rosado (neurologista), e co-orientação da Doutora Teresa Bordalo Santos (neuropsicóloga).

Com os melhores cumprimentos,



(Ana Margarida Soares Adão)

Anexo 2. Declaração de Consentimento Livre e Informado

Declaração de Consentimento Livre e Informado

Ana Margarida Soares Adão, aluna de Medicina do 6º ano na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar o trabalho de investigação “*A influência dos fatores psicossociais na prevenção das demências*”, vem, por este meio, solicitar a sua colaboração neste estudo, através da realização de questionários e testes cognitivos.

Este trabalho tem por objetivo analisar a influência das características psicossociais na população idosa na demência. Por este motivo, solicitamos que o participante responda a um questionário sobre as suas características psicossociais (Educação, Vida Profissional, Integração Social, Atividades Lúdicas / Sociais e Capacidade Funcional e Autonomia), e ainda, ser sujeito a testes cognitivos (que se encontram disponíveis em anexo).

Informo que a sua participação é voluntária, não estando sujeito a qualquer tipo de risco e podendo desistir de participar a qualquer momento. Todos os dados recolhidos serão tratados confidencialmente.

Este trabalho está sob orientação da Professora Dr.ª Maria Luiza Constante Rosado, e co-orientação da Dr.ª Teresa Bordalo Santos.

Ana Margarida Soares Adão,

A Orientadora,
Dr.ª Maria Luiza Constante Rosado

A Co-orientadora,
Dr.ª Teresa Bordalo Santos

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito do trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas do participante no estudo;

Ana Margarida Soares Adão

(Nome do investigador - legível)

(Assinatura do investigador)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr.(a) leu e compreendeu todas as informações deste documento e teve tempo de as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer uma das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as suas dúvidas;
- O Sr.(a) recebeu uma cópia desta informação para manter consigo.

(Nome do participante no estudo – legível)

(Representante legal)

(Assinatura do participante no estudo ou Representante legal)

(Data)

Anexo 3. Questionário - Informações psicossociais e Testes Cognitivos

Questionário

Sexo: M F

Idade: _____

Estado Civil: _____

Doenças Crônicas:

HTA

Diabetes

Cardiopatias

Parkinson

Outras _____

Terapia com psicofármacos:

Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos

Antipsicóticos

Antidepressores

Lítio

Fatores Psicossociais

Educação

a. Sabe ler? Sim Não

b. Grau de escolaridade:

| | |
|---|--|
| Nunca frequentou a escola. | |
| Frequentou a escola mas não chegou a concluir o 4º ano de escolaridade. | |
| Concluiu o 4º ano de escolaridade. | |
| Concluiu o 9º ano de escolaridade. | |
| Concluiu o 12º ano de escolaridade. | |
| Concluiu o ensino superior. | |

2. Vida Profissional

a. Profissão: _____

| | |
|---|--|
| Nunca trabalhou fora de casa | |
| Domésticas/Limpezas | |
| Agricultura, Pesca | |
| Operário fabril; Construção; Mecânica; | |
| Transportes | |
| Administrativos (secretaria, empregado de escritório, rececionista, telefonista, assistentes de direcção) | |
| Comercial/Vendas/Banca/Seguros | |
| Hotelaria/Turismo/Restauração | |
| Médicos, Enfermeiros, Professores, Arquitetos, Engenheiros, Economistas, Advogados, Gestores, Informáticos, e outras profissões que exijam formação superior. | |
| Outro _____ | |

b. Com que idade se reformou?

| | |
|---------------|--|
| <50 anos | |
| 50-60 anos | |
| 60-70 anos | |
| >70 anos | |
| Não Aplicável | |

3. Integração Social

a. Onde/Com quem vive?

| | |
|---|--|
| Vive sozinho(a). | |
| Vive com o marido/esposa. | |
| Vive com marido/esposa e/ou filhos e/ou netos e/ou outros familiares. | |
| Vive no lar de idosos. | |
| Outro _____ | |

b. Frequenta o centro de dia? Sim Não

c. Com que frequência participa em atividades de grupo?

| | |
|------------------|--|
| < 1 vez/semana | |
| 2-3 vezes/semana | |
| >3 vezes/semana | |

d. Com quantas pessoas (familiares/amigos) contacta por semana, excluindo aqueles que vivem consigo?

| | Via telefónica | Cara-a-cara |
|-------------------|----------------|-------------|
| < 4 pessoas | | |
| 4 ou mais pessoas | | |

Quem faz parte desses contactos, familiares, amigos, conhecidos?

e. Mantém contacto com os amigos que tinha antes de se ter reformado?

Sim Não

4. Atividades Lúdicas (Cognitivas e Desportivas)

a. Atividades Lúdicas Cognitivas

| | Nunca | Menos do que 1 vez por semana | Pelo menos 1 vez por semana | Todos os dias |
|--|-------|-------------------------------|-----------------------------|---------------|
| Ler (livros / Jornal / revistas) | | | | |
| Escrever | | | | |
| Fazer palavras cruzadas / sopas de letras | | | | |
| Jogar jogos de tabuleiro / cartas / dominó | | | | |
| Tocar instrumentos musicais | | | | |
| Bordar / Tricotar | | | | |
| Ver televisão | | | | |
| Computador / Internet | | | | |
| Outros | | | | |

b. Atividades Desportivas

| | Nunca | Menos do que 1 vez por semana | Pelo menos 1 vez por semana | Todos os dias |
|--|--------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Costuma fazer exercício físico? (Ex.: caminhar, hidroginástica,...) | | | | |
| Participa em atividades desportivas em grupo? (Ex.: dançar, aulas ginástica,...) | | | | |

5. Capacidade Funcional e Autonomia

a. De um modo geral, continua responsável por atividades domésticas (cozinhar, ir às compras, limpar a casa, passar a ferro, jardinagem,...)?

Sim Não

b. Após a reforma, continuou a manter uma rotina diária?

Sim Não

c. É responsável por alguma das seguintes actividades?

| | Sim | Não |
|---|------------|------------|
| Cozinhar | | |
| Limpar a casa / Passar a Roupa a Ferro | | |
| Jardinagem | | |
| Ir às Compras | | |
| Dar de comer aos animais (gato / cão / pássaros, galinhas...) | | |
| Cuidar dos netos | | |
| Outras actividades da vida diária _____ | | |

6. De um modo geral, ao longo da sua vida adulta:

| | Nunca/ Raramente | Às vezes | Frequente- mente |
|--|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Praticava exercício físico frequentemente? | | | |
| Participava frequentemente em atividades sociais? (ir ao café, visitar amigos, ir a bailes e festas, participar em excursões, atividades religiosas...) | | | |
| Costumava ocupar o seu tempo livre com atividades intelectuais? (ler, escrever, jogos de tabuleiro ou cartas ou dominó, palavras cruzadas, sopas de letras,...) | | | |

7. Hábitos de Sono

| | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| Dorme bem? | | |
| Levanta-se sempre à mesma hora? | | |
| Costuma deitar-se sempre à mesma hora? | | |
| Costuma sonhar? | | |
| Costuma dormir ao longo do dia? | | |

Testes Cognitivos

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ___

Em que mês estamos? ___

Em que dia do mês estamos? ___

Em que dia da semana estamos? ___

Em que estação do ano estamos? ___

Nota: ___

Em que país estamos? ___

Em que distrito vive? ___

Em que terra vive? ___

Em que casa estamos? ___

Em que andar estamos? ___

Nota: ___

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente retida)

("Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.")

Pêra ___

Gato ___

Bola ___

Nota: ___

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas.)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."

27 ___ 24 ___ 21 ___ 18 ___ 15 ___

Nota: ___

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar.”

Pêra___

Gato___

Bola___

Nota:___

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

- a. “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

Relógio___

Lápis___

Nota:___

- b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA.”

Nota:___

- c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita___

Dobra ao meio___

Coloca onde deve___

Nota:___

- d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos___

Nota:___

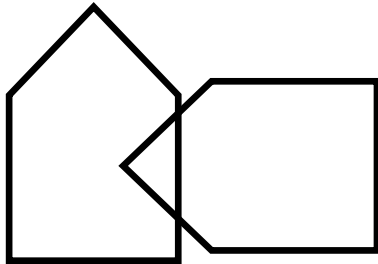
- e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Devo ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação

Frase:_____

Nota:___

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: ____

TOTAL (Máximo 30 pontos): ____

Considera-se com defeito cognitivo:

- Analfabetos \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos \leq 27 pontos

Com défice cognitivo

Sem défice cognitivo

Teste dos Dígitos (*Digit Span Test*)

1. **Memória Imediata.** Memorizar e repetir os números na mesma ordem.

2 9 4 6

5 8 1 6 9 4

Média = 7±2

6 4 3 9 7 2 8 6

4 2 7 3 1 7 5 8 6 1

6 1 9 4 7 3 3 9 2 4 8 7

2. **Memória Operacional.** Memorizar e repetir os números na ordem inversa.

2 4 5 8

6 2 9 4 1 5

Média = 5±2

3 2 7 9 4 9 6 8

1 5 2 8 6 6 1 8 4 3

Palavras começadas por S

Fluência Lexical (flexibilidade mental) Dizer em 1 minuto o maior número possível de palavras começadas por S. Não podem ser nomes próprios (nomes de pessoas, países e cidades).

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

> 9 palavras

6 - 9 palavras

3 - 5 palavras

< 3 palavras