

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Suporte Social Percebido e Funcionamento Cognitivo em
Idosos Portugueses**

Andreia Fonseca de Paiva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



Andreia Fonseca de Paiva

Dissertação orientada pela Professora Doutora Sandra Fernandes

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2019

*“A Society that does not value it’s older people denies its roots and endangers it’s
future.”*

Nelson Mandela

*“As she sits and stares at the clock,
Wishing and wanting for someone to stop.
Knowing her family soon will be there,
The ones who truly love her and care.
As seconds turn to minutes, and minutes to hours,
She thinks of all their magical powers.
For her, their visits are far too short.
But she can’t wait to laugh and snort.
So she sits and waits for them to come,
Knowing it will be lots and lots of fun.”*

Stacey Cirillo, written for her grandmother who has Alzheimer’s

Agradecimentos

Esta dissertação dedico ao meu avô, que sempre confiou em mim e partilhou comigo a sua capacidade de persistir, que me deixou no final deste percurso, mas foi devido a ele que consegui aqui chegar. Obrigada!

À minha mãe, que sem o esforço e dedicação dela eu não estaria a acabar este curso nem estaria preparada para o que está a vir. A ela que sempre me ensinou que por muito que a vida seja difícil e com altos e baixos, temos que seguir em frente! Obrigada!

Quero agradecer à Professora Doutora Sandra Fernandes por ter aceitado guiar-me neste projeto, por ter sido uma presença constante, pela sua ajuda durante esta etapa, partilhando o seu conhecimento comigo, obrigada!

À Doutora Melanie, por me ajudar a ultrapassar um período de bastante trabalho, me encorajar e me guiar, obrigada!

À minha colega, que se tornou uma grande amiga neste percurso, Marta Tomás, por me ajudar neste caminho longo e por toda a ajuda, por partilhar comigo as suas ideias, dúvidas e tempo para me ouvir sempre que precisei!

Às amigas que Lisboa me deu, em especial, à Sara Moniz, pelas tardes de estudo e de conversas infinitas sobre o mundo e o que está para vir. À Rita Cuiça, por me ajudar quando já não conseguia distinguir o certo do errado por conta de tanto cansaço. À Ana Goulart, por sempre acreditar em mim e colocar-me com os pés bem assentes na terra.

À minha família, em especial à minha irmã por estar sempre do meu lado, ao meu pai e aos meus avós, à minha segunda família, madrinha e tio, aos meus primos que são como irmãos, obrigada por acreditarem em mim.

Aos amigos que partilharam comigo dos melhores anos da minha vida, obrigada!

À Carolina por me conhecer bem e me ajudar a crescer durante mais de 10 anos, obrigada!

Por último, mas não menos importante, agradeço aos participantes deste estudo que nos ajudaram a chegar até aqui, pelas suas palavras de encorajamento e por terem partilhado as experiências que viveram durante os seus anos de vida e os seus conselhos, obrigada!

Resumo

Vários estudos têm sugerido a influência do suporte social percebido como um fator importante e de grande influência na saúde de indivíduos idosos.

O primeiro objetivo deste estudo foi adaptar e validar para a população idosa portuguesa a escala unidimensional de Suporte Social Percebido (F-SozU-14) de Fydrich, Sommer, Tydecks e Brähler (2009). O segundo grande objetivo foi avaliar se o suporte social percebido está associado, e/ou contribui para o funcionamento cognitivo em idosos portugueses não institucionalizados.

Espera-se que: H1) maiores níveis de suporte social percebido estejam associados a melhores níveis de funcionamento cognitivo, sendo o suporte social percebido um preditor deste funcionamento; H2) menores níveis de suporte social percebido estejam associados à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos; e que H3) o nível de suporte social percebido varie em função do género, sendo as mulheres a apresentar níveis de suporte social percebido mais elevados.

Uma entrevista estruturada foi utilizada para obtenção de dados socio-demográficos. O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein e McHugh, 1975) foram utilizados como medidas de funcionamento cognitivo e a escala de Suporte Social Percebido de Fydrich et al. (2009) para avaliar o nível deste suporte.

Para validar a escala de Suporte Social Percebido (Fydrich et al., 2009) foram utilizadas a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Sheikh & Yesavage, 1986) de modo a avaliar a presença de sintomas depressivos e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG) (Pachana et al., 2007) para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa, visto que investigações anteriores indicam uma associação entre os níveis de suporte social percebido e a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa.

Neste estudo participaram 48 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, 43 participantes do sexo feminino e 5 do sexo masculino. A amostra foi recolhida em espaços e universidades sénior.

A tradução e adaptação da escala de Suporte Social Percebido de Fydrich et al. (2009) mostrou boas propriedades psicométricas, com boa consistência interna. No entanto, não se verificou a mesma estrutura fatorial que a escala original, extraíndo-se 4 fatores, que foram designados de: Suporte Tangível e Assistência Percebida; Suporte Afetivo; Suporte Emocional e Informacional; e Proximidade com os outros.

Análises de regressões hierárquicas foram utilizadas para o estudo do valor preditivo do Suporte Social Percebido (Escala Total e fatores) para o funcionamento cognitivo, depois de controlar pela idade, escolaridade, sexo, depressão e ansiedade.

Contrariamente ao esperado (H1), não foram encontradas correlações significativas entre os resultados na escala total de Suporte Social Percebido (Fydrich et al., 2009) e o desempenho nas duas medidas do funcionamento cognitivo, nem foi encontrada qualquer influência do suporte social percebido na variância do desempenho nos testes de funcionamento cognitivo. A primeira hipótese não foi assim corroborada, ao contrário do que se verificou em estudos anteriores que indicam uma associação entre o suporte social percebido e o funcionamento cognitivo, sendo o suporte social percebido um preditor deste funcionamento. Verificou-se uma correlação significativa negativa moderada entre o fator “Proximidade com os outros” e os resultados na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986), indicando que indivíduos com valores mais elevados neste fator apresentaram menos sintomas depressivos. Estes resultados corroboram parcialmente a segunda hipótese em estudo (H2). Além disso, as mulheres revelaram valores mais elevados de suporte social percebido do que os homens. Existiram ainda diferenças de género entre fatores, com as mulheres a obterem valores mais elevados no fator “Suporte Emocional/Informacional”, corroborando a terceira hipótese em estudo (H3).

Este estudo pretendeu começar a colmatar a lacuna de estudos que analisem a relação entre o suporte social percebido e o funcionamento cognitivo de idosos portugueses, contribuindo com a adaptação de uma escala de avaliação do suporte social percebido para português, validada com idosos inseridos na comunidade.

Palavras Chave: Idosos; Suporte Social; Suporte Social Percebido; Funcionamento Cognitivo; Depressão Geriátrica

Abstract

Several studies have suggested the influence of perceived social support as an important factor and of great influence on the health of elderly individuals.

The first objective of this study was to adapt and validate for the Portuguese elderly population the one-dimensional Perceived Social Support scale (F-SozU-14) by Fydrich, Sommer, Tydecks and Brähler (2009). The second major objective was to evaluate whether perceived social support is associated and/or contributes to cognitive functioning in non-institutionalized Portuguese elderly.

It is expected that: H1) higher levels of perceived social support are associated with better levels of cognitive functioning, with perceived social support being a predictor of this functioning; H2) lower levels of perceived social support are associated with the presence of depressive and anxious symptoms in the elderly; and H3) the level of perceived social support varies by gender, with women having higher levels of perceived social support.

A structured interview was used to obtain socio-demographic data. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005) and the Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975) were used as measures of cognitive functioning and the Perceived Social Support scale (Fydrich's et al., 2009) to evaluate the level of this support.

To validate the Perceived Social Support scale (Fydrich et al., 2009) the Geriatric Depression Scale (GDS) (Sheikh & Yesavage, 1986) was used to assess the presence of depressive symptoms and the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (Pachana et al., 2007) to assess the presence of anxious symptomatology, as previous investigations indicate an association between perceived social support levels and the presence of depressive and anxious symptomatology.

The study included 48 elderly aged 65 to 96 years, 43 female and 5 male participants. The sample was collected in senior spaces and senior universities.

The translation and adaptation of the Perceived Social Support scale by Fydrich et al. (2009) showed good psychometric properties, with good internal consistency. However, the same factorial structure was not verified as the original scale, extracting 4 factors, which were designated as Tangible Support and Perceived Assistance; Affective Support; Emotional and Informational Support; and Proximity to others.

Hierarchical regression analyses were used to study the predictive value of Perceived Social Support (Total Scale and factors) for cognitive functioning after controlling for age, education, gender, depression and anxiety.

Contrary to expectations (H1), no significant correlations were found between the results on the full Perceived Social Support scale (Fydrich et al., 2009) and the performance on both measures of cognitive functioning, nor was found any influence of perceived social support on the performance variance in cognitive functioning tests. Thus, the first hypothesis was not corroborated, contrary to previous studies that indicate an association between perceived social support and cognitive functioning, perceived social support being a predictor of this functioning. There was a significant negative moderate correlation between the “Proximity to Others” factor and the results in the GDS (Sheikh & Yesavage, 1986), indicating that individuals with higher values for this factor had fewer depressive symptoms. These results partially corroborate the second hypothesis under study (H2). Besides, women revealed higher perceived social support values than men. There were also gender differences between factors, with women obtaining higher values in the “Emotional / Informational Support” factor, corroborating the third hypothesis under study (H3).

This study aimed to begin to fill the gap of studies that analyze the relationship between the perceived social support and the cognitive functioning of Portuguese elderly, contributing to the adaptation of an perceived social support assessment scale to Portuguese, validated with community-dwelling elderly.

Keywords: Elderly; Social Support; Perceived Social Support; Cognitive Functioning; Geriatric Depression;

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico.....	2
1.1. Envelhecimento.....	2
1.1.1. Dados estatísticos	2
1.1.2. Modelos e Teorias do envelhecimento	3
1.1.2.1. Modelo de Envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1987, 1997, 2015)	3
1.1.2.2. Conceito de envelhecimento ativo da Organização Mundial de Saúde.....	5
1.1.2.3. Teoria Lifespan e Modelo de Seleção, Otimização e Compensação	5
1.1.2.4. Modelo dos dois fatores de Pruchno, Wilson-Genderson & Cartwright (2010)	7
1.1.3. Processo de Envelhecimento	8
1.1.3.1. Envelhecimento cognitivo	9
1.1.3.2. Declínio cognitivo não-normativo	10
1.2. A Solidão e Relações sociais nos idosos	12
1.3. Depressão, Ansiedade, Isolamento e Envolvimento social nos idosos.....	15
1.4 Suporte Social	17
1.4.1. Componentes e aspetos do Suporte Social.....	18
1.4.2. Suporte Social Percebido.....	19
1.4.3. Instrumentos de medida de Suporte Social e Suporte Social Percebido.....	20
1.4.4. Estudos sobre Suporte Social e Suporte Social Percebido.....	24
Suporte social percebido e bem-estar	24
Suporte social percebido e satisfação com a vida.....	24
Suporte social percebido e envolvimento social	25
Suporte social percebido e risco de mortalidade.....	26
Suporte social percebido e solidão	26
1.4.4.1. Suporte Social e Suporte Social Percebido e Funcionamento Cognitivo.....	27
1.5. O presente estudo.....	33
2. Método.....	34
2.1. Instrumentos.....	34
2.1.1. Questionário Sociodemográfico.....	34
2.1.2. Instrumentos para rastreio cognitivo.....	34
Mini Mental State Examination	34
Montreal Cognitive Assessment.....	35
2.1.3. Escala para Avaliação do Suporte Social Percebido.....	35
2.1.4 Instrumentos para validação da escala	36
Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15).....	36
Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG).....	36
2.2. Procedimento Geral.....	37
3. Resultados	39
3.1. Análise da consistência Interna da Escala de Suporte Social Percebido	39
3.2. Análise Fatorial Exploratória	39
3.3. Caracterização da Amostra	42
3.4. Correlações	45
3.5. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney	48
3.6. Análises de Regressões Hierárquicas	48
4. Discussão	50

5. Limitações e sugestões para estudos futuros	55
Referências.....	57

Introdução

Com o envelhecimento da população cada vez mais elevado (INE, 2017), o envelhecimento cognitivo é alvo de bastantes preocupações (Blazer & Yaffe, 2015). Os indivíduos preocupam-se com o declínio na capacidade mnésica, capacidades de tomar decisão, e principalmente, com o facto de que estas mudanças na cognição sejam sinais de doenças neurodegenerativas ao invés de um processo de declínio que é normativo para a idade (Blazer & Yaffe, 2015; Evans et al., 2018). Para além do envelhecimento ser um processo fisiológico e genético, é também um processo social, que exige políticas sociais que permitam, aos indivíduos de um país, envelhecer com sucesso (Cancela, 2007; Rowe & Kahn, 1987, 1997, 1998, 2000, 2015).

A participação em atividades sociais, redes de contacto social, redes de suporte social e suporte social percebido são aspetos sociais que têm grande impacto na estimulação cognitiva, ajudando a “construir” e melhorar a reserva cognitiva cerebral e otimizar a atuação das redes neuronais ajudando a compensar o declínio na presença de patologia (Evans, 2019; Evans et al., 2018; Scarmeas & Stern, 2003; Kelly et al., 2017). Para além disto, medidas de bem-estar psicológico como o suporte social percebido podem ajudar a compensar os efeitos do *distress* e promover comportamentos saudáveis compensatórios (Cohen & Wills, 1985; Kelly et al., 2017; Umberson, 1987). A investigação sobre o suporte social percebido refere uma associação entre a perceção da qualidade e disponibilidade do suporte social e a sua relação com o funcionamento cognitivo, medidas de bem-estar psicológico, depressão, solidão e envolvimento social (Alexopoulos, 2002; Beutel et al., 2019; Kelly et al., 2017; Fratiglioni et al., 2002; Zunzunegui et al., 2003;). De nosso conhecimento, poucos são os estudos portugueses (Carvalho et al., 2011; Pais-Ribeiro, 1999; Pais-Ribeiro & Ponte, 2009; Prego, 2017; Pimentel et al. 2019) que se focam no suporte social e, do nosso conhecimento, nenhum estudo relaciona o suporte social percebido e o funcionamento cognitivo em idosos portugueses. É, então, nosso objetivo, com o presente estudo, contribuir para começar a preencher esta lacuna em Portugal e ajudar a contribuir para aprofundar o nosso conhecimento sobre aspetos psicossociais e emocionais do envelhecimento e promover o aumento de práticas de carácter educativo e social nesta área, e identificar fatores psicossociais que colocam os idosos com risco elevado de desenvolver declínio cognitivo não-normativo.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento

1.1.1. Dados estatísticos

O envelhecimento global da população é um dos principais fatores de mudança social e está a causar alterações na sociedade. É, em termos históricos, um tema relativamente recente, mas com um peso elevado nas sociedades e estruturas sociais no futuro. De acordo com Rowland (2009), em 1950, pensava-se que nenhum país do mundo tinha mais de 11 % da sua população na faixa etária dos 65 anos ou mais. No ano de 2000, a percentagem subiu para 18%, mas pensa-se que em 2050 passará para os 38%.

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), o agravamento do envelhecimento demográfico vai prevalecer, estando só previsto estabilizar a partir de 2057. Em 2080, o índice de envelhecimento vai passar para 317 idosos por cada 100 jovens, dos 147 nos dias de hoje.

O número de jovens em Portugal está previsto diminuir de 1.5 milhões para 0.9 milhões. Estas diferenças devem-se, predominantemente, à influência dos saldos migratórios, dos níveis de fecundidade e à redução de mulheres em idade fértil, resultando na diminuição do número de nascimentos (INE, 2017).

Com o aumento da esperança média de vida, a população com 65 ou mais anos, residente em Portugal, passará dos 2,1 milhões para 2,8 milhões. Torna-se assim necessário despender mais tempo, investigação e assistência às necessidades desta faixa etária (INE, 2017).

Embora o aumento da população com 65 ou mais anos abranja Portugal inteiro, existem diferenças a nível regional devidas às especificidades e características de cada região (Leston Bandeira et al., 2014).

Segundo dados do INE (2017), numa prospetiva para 2080, a região mais envelhecida de Portugal será o norte do país e a região menos envelhecida será o Algarve. Em 2015, o Alentejo era a região mais envelhecida de Portugal, enquanto a região Autónoma dos Açores era a região menos envelhecida. Lisboa continua, desde metade da década de 50, a ser a região mais populosa de Portugal. A perspetiva de aumento do número de pessoas idosas e a diminuição do número de jovens também é transversal nesta região.

Visto que a população na faixa etária adulta-idosa está a aumentar cada vez mais, a prevenção e predição do declínio funcional em idosos é de grande importância. Neste sentido, um envelhecimento ativo é a “principal estratégia política global em resposta ao envelhecimento da população” (Walker, 2008).

1.1.2. Modelos e Teorias do envelhecimento

O estudo do processo de envelhecimento humano e populacional veio ajudar a criar uma nova área de investigação pluridisciplinar, a Gerontologia (Paúl, 2017). A Gerontologia decidiu estudar o processo de envelhecimento de acordo com várias perspetivas, biológicas, sociais e psicológicas. A investigação nesta área procurou explicar de que maneira os idosos podem levar uma vida com autonomia na presença de problemas e dificuldades funcionais, como é que este processo ocorre ao longo do curso de vida e o papel da idade neste processo (Ballesteros, 2000; Paúl, 2017).

Devido a uma visão compreensiva do processo de envelhecimento, vão surgir novas disciplinas, como a Psicogerontologia, novas maneiras de pensar o processo de envelhecimento (teoria *lifepsan*) e estudos longitudinais com base no envelhecimento populacional (e.g., *Bonn Longitudinal Study of Aging*) (Neri, 2006; Paúl, 2017).

Surgem, então, modelos e teorias do envelhecimento numa perspetiva psicológica, como o Modelo de Envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1987, 1997, 2015), Teoria Lifespan e Modelo de Seleção, Otimização e Compensação (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1977; Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Baltes & Smith, 2004) e, mais recentemente, o Modelo dos dois fatores de Pruchno, Wilson-Genderson e Cartwright (2010).

1.1.2.1. Modelo de Envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1987, 1997, 2015)

Rowe e Kahn (1987), de maneira a combater a separação entre pessoas idosas com patologia e pessoas idosas sem patologia, procuraram encontrar alternativas à patologia na classificação dos idosos. Propuseram um novo modelo que se focasse nas pessoas que envelhecem de maneira usual (ou o que é referido como normal) e nas pessoas que envelhecem com sucesso. Neste sentido, as pessoas que envelhecem de maneira usual inserem-se no grupo de pessoas sem patologia, mas com alguns fatores de

risco de desenvolverem patologia no futuro, e as pessoas que envelhecem com sucesso são pessoas que apresentam poucos fatores de risco e alta funcionalidade.

Rowe e Kahn (1987) quiseram focar-se nos fatores biopsicossociais do envelhecimento, visto que distinções mais antigas no ramo da gerontologia só se focavam nos processos intrínsecos genéticos, que nada tinham a ver com os fatores de risco entre grupos de população idosa na mesma faixa etária (Rowe & Kahn, 1987,1997).

Para os autores, um envelhecimento bem-sucedido descreve-se em três componentes: baixa probabilidade de doença e incapacidade, alto funcionamento físico e mental e envolvimento ativo com a vida. Todos estes componentes vão estar relacionados.

Ao contrário do que era antes esperado, a baixa probabilidade de doença envolve não só a presença ou ausência da doença, mas também a interação entre a presença ou ausência com os fatores de risco e a sua severidade.

Para Rowe e Kahn (1987) o envolvimento com a vida abrange, mais especificamente, as relações interpessoais, como o contacto com os outros, trocas de informação, suporte emocional e atividade produtiva, ou seja, a atividade que o indivíduo faz ou cria tem valor social, não necessariamente valor monetário (Rowe & Kahn,1987,1997, 2015). Neste sentido, o envolvimento em atividades sociais que produzem satisfação social, como fazer voluntariado, ajudam os idosos a manter um estilo de vida ativa, saudável e uma percepção de satisfação perante a vida (Hansen, Aartsen, Slagsvold, & Deindl, 2018).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido não é um conceito novo na literatura (Baltes & Baltes, 1990; Rowe & Kahn, 1987). De acordo com Palmore (1979) um envelhecimento bem-sucedido foi descrito como "*(...) survival to age 75 with good health and hapiness*" (p.1).

Num estudo com 155 indivíduos entre os 60 e os 74 anos do estudo longitudinal de Duke, Palmore (1979) investigou o efeito de 18 variáveis-preditores de um envelhecimento bem-sucedido: idade, sexo, estado civil, avaliação da função e saúde física, índice de felicidade, inteligência, consumo de tabaco, classificações de atividades sociais ou isolamento, escalas de atitude perante a vida, satisfação com o trabalho e segurança emocional e situação financeira. Destas variáveis, concluiu-se que as que têm mais impacto e valor preditivo para um envelhecimento bem-sucedido são: o estado de saúde inicial do indivíduo e o índice de felicidade. Os fatores explicativos mais fortes

foram as variadas atividades (e.g., inserido em grupos ou não; tempo ocupado a ler ou não) e atividade física (e.g., número de atividades físicas praticadas nos tempos livres).

Neste sentido, vários autores debateram se seria benéfico para as pessoas mais velhas envolverem-se em atividades de grupo e estarem inseridas ativamente na sociedade (Palmore, 1979; Pruchno, Wilson-Genderson, & Cartwright, 2010).

1.1.2.2. Conceito de envelhecimento ativo da Organização Mundial de Saúde

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), numa conferência em Madrid, aprovou o conceito de "envelhecimento ativo", anteriormente adotado nos finais de 1990 (Kalache & Kickbusch, 1997). Para a OMS (2002) um envelhecimento ativo é descrito como "(...) *the process of the optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age*" (p.12). Neste conceito, a OMS tem em conta não só indicadores de saúde física, mas também indicadores e fatores psicológicos, sociais, económicos e perspetivas culturais e comunitárias (Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012).

É importante referir que os principais componentes de um envelhecimento ativo na perspetiva da OMS são: (1) autonomia, ou seja, a perceção de controlo, combater e tomar decisões perante e sobre a sua vida diariamente e com as suas regras e preferências; (2) independência, conseguir viver em comunidade e fazer as atividades da vida diária de maneira independente, com fornecimento de ajuda, ou não; e (3) qualidade de vida, medida de acordo com a perceção do indivíduo perante a sua posição cultural, expectativas, regras, condições, padrões e preocupações (Paúl et al., 2012; OMS, 2002).

1.1.2.3. Teoria Lifespan e Modelo de Seleção, Otimização e Compensação

Devido ao forte interesse em estudar a inteligência na vida adulta-idosa e com o início de estudos longitudinais de envelhecimento saudável, por exemplo, os estudos do MacArthur (Rowe & Kahn, 1987), a psicologia começou a focar-se no paradigma *lifespan*, e na descrição de padrões evolutivos e característicos do processo de envelhecimento e da plasticidade cerebral em idosos (Neri, 2007).

De acordo com Baltes e Smith (2004), a teoria *lifespan* tem como principal objetivo acentuar que o desenvolvimento humano continua depois da infância e da adolescência. Esta teoria considera vários níveis dimensionais e temporais do

desenvolvimento, refere que este é em si transacional, contextual, dinâmico, contínuo, multidimensional e influenciado pela genética e biologia, mas também por influências socioculturais. É um processo normativo e não-normativo, onde existem ganhos e perdas, onde o indivíduo vai estar sempre em interação com a cultura (Baltes & Smith, 2004; Neri, 2007).

Os autores desenvolveram um paradigma metodológico com potencial para encontrar as relações causais e a relação dinâmica entre o desenvolvimento individual e as mudanças na sociedade. Estes referem que existem influências multicausais que são mediadas através do desenvolvimento individual e atuam e interagem para produzir o desenvolvimento *lifespan*. De acordo com a teoria *lifespan* a idade é uma variável indicador e não uma variável causal (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1977; Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Baltes & Smith, 2004). O primeiro conjunto de influências são influências normativas ontogénicas. O segundo conjunto são as influências reguladas pela história, são eventos macroestruturais, comuns a todos os indivíduos de uma determinada coorte. O último conjunto de influências são os eventos de vida não-normativos, são determinantes biológicos e ambientais, mas não influenciam todos os indivíduos de um grupo etário, não são dependentes da ontogenia nem do tempo histórico (por exemplo, mudanças de carreira, acidentes, morte de pessoas significativas, divórcio, institucionalização, entre outros) (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Baltes & Smith, 2004).

De modo a dinamizar o equilíbrio entre ganhos e perdas no processo de envelhecimento, Baltes e Baltes (1990) e Baltes (1997) propuseram ainda uma teoria sobre o envelhecimento bem-sucedido que envolve uma estratégia de otimização seletiva com compensação (Almeida, 2007; Baltes & Baltes, 1990).

Segundo esta perspetiva, decorrente da teoria *lifespan*, um desenvolvimento bem-sucedido compreende a seleção de domínios funcionais nos quais focamos os nossos recursos de maneira a otimizar o nosso potencial de desenvolvimento, ou seja, maximizar os nossos ganhos, compensando assim as nossas perdas, e assim mantermos o nosso equilíbrio e funcionamento, ou seja, minimizando as perdas (LIP, 2004).

O modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC) (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2000) constitui assim um modelo geral que define os processos de regulação do desenvolvimento. Estes processos variam de acordo com o contexto histórico e cultural, domínios funcionais e características do sistema de interesse, que pode ser uma pessoa, um grupo ou sociedade.

Este processo dinâmico entre perdas e ganhos no desenvolvimento envolve então três componentes. O primeiro componente é a seleção - seleção, restrição e priorização de domínios, objetivos pessoais, tarefas, metas e resultados. A seleção compreende que as expectativas sejam ajustadas aos objetivos pessoais para dar direção ao desenvolvimento focando os recursos pessoais nos domínios específicos da vida e guiar o comportamento em todas as situações, para garantir satisfação e controlo pessoal. A otimização é um processo que envolve a aquisição e elaboração dos objetivos, metas, tarefas e resultados pessoais e maximização dos ganhos. A compensação é a estratégia que investe em recursos para minimizar as perdas de maneira a manter um determinado nível de funcionamento, ou seja, encontrar alternativas para lidar com as perdas (Almeida, 2007; Baltes & Baltes, 1990; Freund & Baltes, 2000).

1.1.2.4. Modelo dos dois fatores de Pruchno, Wilson-Genderson & Cartwright (2010)

De acordo com Pruchno et al. (2010) existe uma divergência nas definições de envelhecimento bem-sucedido. Por um lado, existem as definições objetivas usadas na prática clínica e na investigação, e por outro existe a definição subjetiva dada pelas pessoas acerca do seu processo de envelhecimento. Estes autores, apesar de partirem do conceito de envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Kahn (1987,1997,1998), criticam estes autores, referindo que não “forneceram uma definição precisa do conceito de envelhecimento bem-sucedido nem propuseram uma maneira específica de medir este conceito” (Pruchno et al., 2010, p.671).

Com base na perspetiva *lifespan* criada por Baltes et al. (1977), Pruchno et al. (2010) decidiram estudar o envelhecimento bem-sucedido em pessoas de meia-idade com o objetivo de perceber como é que as pessoas que envelhecem com sucesso diferem das pessoas que não têm um envelhecimento bem-sucedido e generalizar os seus resultados. Os autores quiseram perceber como é que a idade de *início* de doenças crónicas tem impacto na vida dos indivíduos e por fim identificar pessoas em risco de sofrer perdas devido ao facto de a meia-idade ser um período onde ainda existe possibilidade de intervenção para compensar as perdas (Pruchno et al., 2010).

De acordo com o modelo proposto por Pruchno et al. (2010) um envelhecimento bem-sucedido envolve dois aspetos. O primeiro aspeto envolve um sucesso objetivo, ou seja, amplas capacidades funcionais, poucas doenças crónicas e mínima ou ausência de

dor. Estes componentes são características desejáveis, são medidas objetivas visto que são de fácil acesso porque as pessoas conseguem fornecer evidências acerca destas, mas não necessitam de ser até certo ponto observáveis, e variam dentro da população de estudo. O segundo componente, o componente subjetivo, envolve a avaliação que cada indivíduo faz acerca do seu processo de envelhecimento num determinado momento no tempo. Abrange informações acerca de como o indivíduo está a envelhecer, a percepção de sucesso sobre o seu envelhecimento e a sua satisfação com a vida (Pruchno et al., 2010). Estes dois aspetos vão-se correlacionar entre si, mas cada um integra informação precisa e única para criar um modelo multidimensional para um envelhecimento bem-sucedido.

Este modelo integra assim características objetivas do processo de envelhecimento e a percepção subjetiva por parte do indivíduo e separa o conceito de idade cronológica do conceito de envelhecimento bem-sucedido. Os autores propõem que a idade cronológica vai estar dependente do sucesso objetivo, mas não do sucesso subjetivo. Referem ainda que o funcionamento cognitivo é um preditor de um envelhecimento bem-sucedido, ao invés de um componente do mesmo, e o envolvimento social e o bem-estar psicológico são antecedentes de um envelhecimento bem-sucedido (Pruchno et al., 2010).

1.1.3. Processo de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo fisiológico normativo de todos os seres vivos, resultante da interação de vários fatores endógenos (biologia e genética) e exógenos (comportamentos dos indivíduos e meio ambiente) (Oliveira et al., 2010; Palácios, 2004; Santos, Andrade, & Bueno, 2009). Resulta da acumulação de uma variedade de deterioração molecular e celular, que desencadeia um declínio gradual nas reservas fisiológicas, declínio geral nas capacidades funcionais de um indivíduo e aumento do risco para doenças (OMS, 2015).

O envelhecimento é um processo diferencial, que varia de indivíduo para indivíduo (Oliveira et al., 2010; Palácios, 2004; Santos et al., 2009). Segundo Christensen (2001) a maioria das alterações nas funções cognitivas são graduais e começam a desenvolver-se no início da vida adulta, o que sugere que as alterações cognitivas são parte do processo de desenvolvimento da vida do ser humano.

No processo de envelhecimento podemos encontrar dados objetivos (declínio físico, diminuição do funcionamento mnésico e perceptivo, etc...) e dados subjetivos, que correspondem à percepção e representação que o indivíduo tem do seu próprio processo de envelhecimento (Fontaine, 2000; Oliveira et al., 2010; Paúl, 2017; Rocha, 2007).

Sendo assim, segundo Fontaine (2000) podemos ter vários conceitos de idade. A idade biológica refere-se ao envelhecimento orgânico, e às modificações e diminuição de funcionamento que ocorrem no corpo durante o percurso da vida. A idade social vai ser determinada pela cultura em que estamos inseridos, pela sociedade e pela história de um país. Refere-se ao estatuto social, hábitos e papéis do indivíduo como membro de uma determinada sociedade. Por fim, a idade psicológica, determina a capacidade da pessoa se adaptar às mudanças ambientais, com base na mobilização de competências comportamentais, capacidades intelectuais e mnésicas (Fontaine, 2000; Paúl, 2017; Rocha, 2007).

1.1.3.1. Envelhecimento cognitivo

A saúde cognitiva é um dos aspetos fundamentais para um envelhecimento saudável. Com o avanço da idade e como consequência do processo normativo do envelhecimento, podem existir mudanças na capacidade cognitiva, processo maioritariamente referido como “envelhecimento cognitivo” (Evans et al., 2018).

Com o declínio normativo, a eficiência das operações cognitivas e a velocidade de processamento de informação começam a diminuir. Estas alterações vão ser perceptíveis na qualidade e precisão do desempenho de operações perceptivas e cognitivas, devido à diminuição da quantidade de informação processada, que é necessária para desempenhar uma tarefa (Blazer & Yaffe, 2015; Rog & Fink, 2013).

A variabilidade interindividual na trajetória e início do envelhecimento cognitivo também varia dentro da população idosa. Algumas pessoas podem desenvolver declínio cognitivo *major* que evolui para demência, enquanto outras pessoas podem desenvolver mudanças subtis e declínio cognitivo *minor*, relativo ao declínio cognitivo normativo (Christensen, 2001; Evans, Martyr, Collins, Brayne & Clare, 2018; Rog & Fink, 2013). Estas diferenças vão condicionar uma resposta biológica adaptativa que determina um processo de envelhecimento que varia de pessoa para pessoa (Oliveira et al., 2010). Estas alterações podem ser justificadas por diferenças no estilo de vida, experiências de vida

vividas, educação, fatores económicos, fatores emocionais e genéticos (Blazer & Yaffe, 2015).

É importante examinar os fatores que estão relacionados com o processo de declínio cognitivo. De acordo com Christensen (2001) existem variáveis-marcador, que são essencialmente inalteráveis, como a educação e o género, e variáveis fatores de risco que estão sempre em mudança com o indivíduo, como a atividade física e a idade.

No processo de envelhecimento cognitivo normativo, encontram-se relativamente preservadas a memória implícita e a memória semântica (vocabulário e armazenamento de conhecimento geral). No declínio cognitivo normativo existe uma diminuição na eficiência do processamento da informação, declínio na velocidade de processamento e atraso no tempo de reação, declínio na capacidade da memória de trabalho, memória a curto prazo, controlo executivo e fluência verbal (Rog & Fink, 2013).

1.1.3.2. Declínio cognitivo não-normativo

Nos idosos é importante perceber se certas queixas, feitas pelos mesmos, familiares ou cuidadores, sobre o declínio cognitivo presente, são devidas ao processo de envelhecimento normal ou se constituem um processo degenerativo objetivo do funcionamento cognitivo em relação ao próprio (dos Santos, 2018; Petersen et al., 2001; Rog & Fink, 2013).

Neste sentido, um declínio cognitivo ligeiro (DCL) representa um declínio não normativo, no desempenho das funções cognitivas, maior do que seria esperado para a idade e para o indivíduo, mas em que os critérios não são suficientes para o diagnóstico de demência (dos Santos, 2018; Petersen et al., 2001; Rog & Fink, 2013). A distinção primária entre pessoas saudáveis e pessoas com DCL está na área da memória visto que as outras funções cognitivas são comparáveis entre grupos (Petersen et al., 1999).

Investigações têm concluído que o declínio cognitivo ligeiro é um fator de alto risco para o desenvolvimento de demências, como por exemplo, Doença de Alzheimer (DA). Morris e colaboradores (Morris et al., 2001) concluíram num estudo *post-mortem* com doentes diagnosticados com DCL, que estes demonstraram alterações encefálicas compatíveis com DA.

A demência é um problema de saúde pública e a maior causa de incapacidade e mortalidade nos idosos, e é tida como a maior causa de incapacidade e mortalidade nesta faixa etária (Faramarzi et al., 2018). De acordo com Petersen et al. (2001) a maioria dos

idosos com DCL evoluem para DA entre 10 a 15 % por ano, comparando com idosos saudáveis (1 a 2 %). De acordo com Lobo et al. (2000) numa meta-análise de 11 estudos europeus, concluiu-se que a demência é uma condição médica frequente em pessoas com 65 anos ou mais, e a sua prevalência aumenta continuamente com o progredir da idade.

De acordo com dados do *Eurostat*, no ano de 2016 em Portugal, mortes de residentes relacionadas com demências, incluindo DA, foram 5.175, mais 3.525 comparando com o ano de 2011. Dados relativos à União Europeia revelam um valor de 294.334 em 2016, mais 96.007 comparando com o ano de 2011.

A investigação baseia-se predominantemente na DA, porque é a etiologia mais permanente de demência na população (Petersen et al., 2011; Salmon & Bondi, 2009). No entanto, existem mais 4 etiologias possíveis de demência (Petersen et al., 2011):

1) A Demência de Alzheimer (DA), uma doença neuro-degenerativa do cérebro que se caracteriza, maioritariamente, por atrofia neuronal, acumulação irregular de placas amiloides e perda sináptica, défices notórios na linguagem e conhecimento semântico, pensamento abstrato, funcionamento executivo, atenção, capacidades viso-espaciais e declínio evidente nas capacidades de memória episódica no início da doença, como perda das capacidades para conhecimento geral e afasia (Petersen et al., 2011; Salmon & Bondi, 2009);

2) A Doença de Huntington (DH), uma doença neuro-degenerativa hereditária autossómica dominante, que normalmente se manifesta aos 30 ou 40 anos de idade, caracterizada por perturbações de movimento, por exemplo coreia, distúrbio de marcha, alterações no comportamento, por exemplo depressão, irritabilidade, ansiedade, e presença de demência. A DH distingue-se de DA por não existir défices severos na memória episódica, mas sim défices leves ou moderados na memória que resultam num comprometimento na capacidade de iniciar e realizar a recuperação da informação armazenada. Em DA a informação não consegue ser guardada, em DH a informação é guardada, mas existe défices na capacidade de recuperação. Outra diferença entre DA e DH são os défices na capacidade de memória de trabalho, capacidade de manter a informação nos *buffers* de memória temporária nos estágios iniciais da doença (Salmon & Bondi, 2009).

3) A Demência de corpos de *Lewy* (DCL), uma doença clínica e patológica caracterizada pela presença da síndrome demencial em concordância com ausência de células e presença de corpos de *Lewy* (agregados de corpos irregulares de proteína que se desenvolvem dentro das células). Na DCL estão presentes certas características que

ajudam no diagnóstico diferencial: características motoras semelhantes a doença de Parkinson, por exemplo, rigidez motora, lentificação dos movimentos motores voluntários, alucinações visuais recorrentes, variação na capacidade cognitiva com flutuações nas capacidades de atenção e alerta, défices severos nas capacidades visuo-espaciais, visuo-construtivas, funcionamento executivo e atenção (Salmon & Bondi, 2009);

4) A Demência Frontotemporal (DFT) caracteriza-se predominantemente por deterioração ao nível da personalidade e da cognição devido a atrofia dos lobos temporal e frontal. Ao nível da personalidade, existem mudanças comportamentais como por exemplo: apatia, comportamentos sociais inaceitáveis, desinibição, perda da capacidade de *insight*, que são acompanhados por défices cognitivos como: alterações a nível da capacidade de atenção, função executiva, linguagem, memória e capacidades visuo-espaciais. Os défices mais severos na DFT são na capacidade da função executiva, enquanto que em outras demências, por exemplo DA os défices no funcionamento executivo são proporcionais a outros défices (Salmon & Bondi, 2009);

5) Por último, a Demência Vascular (DV) que se caracteriza por declínio no funcionamento cognitivo em segundo plano com a presença de enfartes, lesões hemorrágicas e/ou isquémicas. Para um diagnóstico de DV é necessário a presença de défices cognitivos na presença de doenças cerebrovasculares (Salmon & Bondi, 2009).

É importante reconhecer os “padrões” associados com cada etiologia de demência para ajudar a formar um diagnóstico diferencial, conseguir um diagnóstico o mais cedo possível para ajudar a retardar a progressão da doença (Petersen et al., 2011; Salmon & Bondi, 2009).

1.2. A Solidão e Relações sociais nos idosos

A presença de relações e laços sociais, a integração na comunidade, a qualidade das relações sociais, e a frequência de contacto com familiares, amigos e colegas, estão associados a um aumento de efeitos positivos na saúde mental e física na terceira idade (Beutel et al., 2017; Yeh & Liu, 2003). As participações em atividades sociais têm impacto positivo na cognição porque ajudam a estimular e otimizar as capacidades e desempenho cognitivo, estimular as redes neuronais (Scarmeas & Stern, 2003; Kelly et al., 2017) e a manter um estilo de vida social ativo, ajudando a aumentar a reserva cognitiva. O conceito de reserva cognitiva deriva do modelo ativo de reserva (Stern,

2002). Este modelo sugere que na presença de patologia ou prejuízo, o cérebro tenta compensar as perdas (Stern, 2002).

Neste sentido, o autor Stern (2002) refere que podem existir duas maneiras de o cérebro compensar os danos causados de acordo com o modelo ativo de reserva. Através da “reserva cognitiva”, o cérebro vai fazer uso das redes neuronais e dos “paradigmas cognitivos” que têm mais capacidade de resistir a patologia ou perdas. Este tipo de reserva está presente em pessoas saudáveis, e é utilizada quando é necessário enfrentar tarefas que exigem mais esforço. O segundo conceito dentro do modelo de reserva ativa é o conceito de “compensação”, neste sentido, um indivíduo com um cérebro saudável vai usar estruturas e redes neuronais que não são normalmente ativadas de maneira a compensar as perdas na presença de prejuízo ou patologia (Stern, 2002).

Desta forma, boas relações sociais durante o curso de vida, mas em especial na idade adulta tardia ajudam a estimulação cerebral, a produzir estratégias cognitivas mais eficientes e a aumentar a densidade sináptica, adiando assim o declínio cognitivo e protegendo contra processos patológicos (Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003).

De acordo com House (1987) existem três aspetos fundamentais quando nos referimos às relações sociais mencionadas na literatura: integração social (quantidade e existência de relações sociais), redes sociais (estrutura formal das relações) e suporte social (conteúdo funcional, comportamental das relações, disponibilidade percebida de suporte emocional ou instrumental face a fatores de *distress*). De acordo com este autor, o suporte social ajuda a reduzir a morbilidade, mortalidade e reduzir os efeitos negativos do *distress*.

Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan e Winblad (2000) num estudo com 1203 idosos inseridos na comunidade na Suécia, estudaram até que ponto diferentes graus de conexões sociais afetaram a incidência de demência nestes idosos. Os resultados deste estudo revelaram que ser solteiro e morar sozinho são os fatores que mais determinaram a incidência de demência nesta amostra. Ter filhos e contactar com eles frequentemente, mas perceber esse contacto como insatisfatório também é foi um fator relacionado com a incidência de demência nesta população. Por outro lado, contactos infrequentes com os recursos da rede social não aumentaram a probabilidade de incidência de demência, se os indivíduos tivessem avaliado esse contacto como satisfatório. No entanto, uma rede social pobre ou limitada aumentou o risco de demência em 60%. De acordo com Fratiglioni et

al. (2000), uma rede social mais extensa ajuda a estimular os processos neuronais, emocionais e intelectuais e atua como um suporte prático na vida dos indivíduos.

De acordo com Holt-Lunstad, Smith e Layton (2010), a presença de boas relações sociais pode prolongar, até 50%, a taxa de sobrevivência. Já a presença de relações sociais pobres pode representar um fator de risco mais pernicioso que fumar, falta de exercício físico, obesidade e consumo excessivo de álcool (Santini, 2016).

A solidão tem sido um conceito utilizado para prever o estado mental do idoso (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005; Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2002). A solidão é um conceito subjetivo que depende da experiência interpessoal, não sendo assim um sinónimo para isolamento social objetivo. Neste sentido, uma pessoa pode viver sozinha e ter pouco contactos sociais e não sentir solidão, já por contraste, uma pessoa pode viver com família e ter mais contactos sociais e sentir solidão (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2002; Yeh & Liu, 2003).

Já em 2002, Victor et al. (2002) num estudo qualitativo com uma amostra de 999 indivíduos com mais de 65 anos no Reino Unido, estudaram a perceção de solidão nos idosos e entre grupos de pares. Os resultados deste estudo revelam que um terço dos participantes indicaram que se encontravam frequentemente sozinhos, 18 % de indivíduos mais velhos (85 anos ou mais) avaliaram-se como “sempre solitário”, indivíduos viúvos avaliaram-se como 20% “sempre ou quase sempre solitários”, e 17 % dos indivíduos que vivem sozinhos avaliaram-se como “sempre ou quase sempre solitários”.

De acordo com Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris e Stephenson (2015) existe uma associação entre a solidão e o suporte social, e estes estão associados, por sua vez, a um aumento do risco de mortalidade. De acordo com Weiss (1974) e Cutrona (1986), as várias dimensões do suporte social e suporte social percebido são aspetos importantes para que as pessoas se sintam “cuidadas” e evitem sentimentos de solidão.

Savikko et al. (2005), num estudo com idosos, com 75 anos ou mais (n=6786), na Finlândia, avaliaram a prevalência e causas da perceção subjetiva de solidão na comunidade. Os resultados deste estudo revelaram que 5% dos participantes sentiam-se “muitas vezes ou sempre” solitários e 39% avaliaram-se como “às vezes” solitários. A presença de solidão foi mais comum em indivíduos com níveis mais baixos de educação, indivíduos com idades mais avançadas, orçamento familiar mais baixo e nas mulheres. Indivíduos que se avaliaram como “muitas vezes ou sempre” solitários reportaram a causa da solidão devido a “vida sem sentido”. Ainda neste estudo, os autores revelaram que a solidão está mais presente em pessoas que vivem em meios rurais (Savikko et al., 2005).

Também em 2012, Perissinotto, Cenzer e Covinsky (2012) num estudo longitudinal estudaram a relação entre os sentimentos de solidão, declínio funcional e mortalidade em 1604 indivíduos com mais de 60 anos (média de idade foi 71 anos) nos Estados Unidos da América. Os resultados deste estudo revelaram que depois de 6 anos, a variável solidão foi associada a aumento de risco de morte, e continuou estatisticamente significativa depois de controlar para fatores demográficos, depressão e medidas funcionais (ABVD).

1.3. Depressão, Ansiedade, Isolamento e Envolvimento social nos idosos

Estudos antigos já têm documentado a prevalência de sintomatologia psiquiátrica em idosos (Blazer & Williams, 1980; Prince, Harwood & Thomas, 1998).

Blazer e Williams (1980) num estudo com idosos inseridos na comunidade revelaram uma prevalência de 1.8 % de perturbação depressiva primária e 1.9 % de perturbação depressiva secundária. No entanto, a prevalência da sintomatologia depressiva nos idosos está cada vez mais a aumentar e desta maneira as hospitalizações devido à depressão na idade tardia e os custos associados estas aumentam (Alexopoulos, 2002; Cho et al., 2017; Abu-Rayya, 2005).

O início da depressão nos idosos tem sido identificado como um dos problemas de saúde que mais afeta esta faixa etária. Estima-se que até ao ano de 2020 a depressão passará a ser a segunda causa de problemas de saúde a nível mundial (Beutel et al., 2019; Abu-Rayya, 2005).

Em conformidade, a incidência de doenças mais graves e outras comorbidades médicas nesta faixa etária aumentam, como doenças cardiovasculares, disfunção cognitiva, disfunção nas atividades básica de vida diária, aumento da mortalidade e isolamento social (Cho et al., 2017; Choi, Kim, Marti, & Chen, 2014). Cho et al. (2017) descobriram uma relação causal entre a depressão nos idosos e declínio nas atividades instrumentais de vida diária. Existem fatores que podem agravar a ocorrência da sintomatologia depressiva nos idosos, como por exemplo, a perda de alguém (familiar, amigo), a perda do trabalho, perda de autonomia e a sensação de falta de controlo e perda do *status* social (Prince, Harwood & Thomas, 1998; Abu-Rayya, 2005). Num estudo com idosos Europeus, Abu-Rayya (2005) notou a tendência de sintomas depressivos aumentarem com a idade. Neste sentido, idosos mais jovens (65-75 anos) apresentam menos sintomas depressivos do que idosos mais velhos (75-85 anos ou mais). Ainda neste

estudo, verificou-se uma correlação negativa entre os sintomas depressivos e o envolvimento social dos idosos, e idosos na faixa etária dos 65-69 tenderam a ter níveis mais elevados de envolvimento social.

Beutel et al. (2019), num estudo longitudinal, com 10 036 participantes alemães, com idades compreendidas entre os 40 e os 79 anos, analisou os efeitos de variáveis socioeconómicas, psicológicas, somáticas e comportamentais, no risco de incidência de depressão passados cinco anos da *baseline*. A presença de eventos stressantes foi avaliada com a escala *Social Readjustment Scale* (SRSS) (Holmes & Rahe, 1967) com 36 itens. A presença de solidão foi avaliada com um item de resposta numa escala de *likert* (“Eu estou frequentemente sozinho, tenho poucos contactos” em que zero é não e quatro é sim, eu sofro muito de solidão). A variável suporte social foi medida através da Escala Breve de Suporte Social, de 6 itens (Beutel et al., 2017), a presença de depressão e ansiedade foram medidas com o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) e com a versão curta, de 2 itens, da *Generalized Anxiety Disorder-7* (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), respetivamente. Os resultados indicaram diferenças de género em variáveis comportamentais na *baseline*. Homens com baixo nível socioeconómico, altos níveis de índice de massa corporal e menor atividade física, apresentaram sintomas de depressão, mas isto não aconteceu nas mulheres. Fatores psicológicos, comportamentais e queixas somáticas foram preditores significativos de incidência de depressão, e o suporte social foi um fator protetor (Beutel et al., 2019).

A presença da sintomatologia ansiosa nos idosos também se tem tornado uma preocupação nos dias correntes (Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva e Espírito-Santo, 2015). Beekman et al. (1998) estudaram a prevalência e fatores de risco da sintomatologia ansiosa em idosos (55-85 anos). Com o *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA) com uma amostra de 3107 idosos, reportaram uma prevalência de 10.2 % de perturbação da ansiedade, com a perturbação de ansiedade generalizada a ter uma prevalência de 7.3 % na amostra analisada.

Paulo e Yassuda (2009) estudaram as queixas de memória em idosos (n=67) e a sua associação com o desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Os autores utilizaram um questionário sociodemográfico para recolha de dados demográficos, o MMSE (Folstein et al., 1975), Bateria Cognitiva Breve, *Memory Complaint Questionnaire* (MAC-Q) (Crook, Feher, & Larrabee, 1992), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Sheikh & Yesavage, 1986), e Escala de Ansiedade de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Os autores relataram que apesar de não ter

existido correlação entre variáveis sociodemográficas, sintomas depressivos e de ansiedade e queixas de memória, houve uma associação entre a frequência de episódios de esquecimento e sintomas de ansiedade (Paulo & Yassuda, 2009).

O tamanho da rede social e a frequência de contactos com os membros da rede são aspetos estruturais das redes sociais que transmitem relação com o envolvimento social dos indivíduos, que podem influenciar a cognição, através da capacidade de promover experiências cognitivamente estimulantes ou complexas (Holtzman et al., 2004).

Wang, Karp, Winblad e Fratiglioni (2002) num estudo longitudinal com 1 375 idosos com 75 anos ou mais, sem declínio cognitivo na *baseline* a viver em comunidade na Suécia, entre 1987 e 1996 (segundo follow-up), hipotetizaram que o envolvimento em diferentes atividades 6.4 anos antes do diagnóstico de demência, estava relacionado com uma diminuição nos índices de incidência de demência. O envolvimento em atividades sociais e prazerosas (mentais, físicas, sociais, produtivas, recreio) foram medidas através de questionário (e.g., envolvimento regular em atividades ou participação em organizações, tipo de atividades, frequência de participação nessas atividades). O diagnóstico de demência foi obtido através do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), o funcionamento cognitivo foi avaliado através do MMSE (Folstein, et al., 1975), presença de doenças crónicas ou outras foram identificadas através do ICD-8. Os resultados sugeriram que (quando ajustados para sexo, idade, educação, comorbidades, presença de sintomas depressivos, e resultados na *baseline* no MMSE (Folstein et al., 1975) e funcionamento físico) indivíduos que participaram em atividades de estimulação mental, sociais ou produtivas, obtiveram níveis mais baixos de incidência de demência (Wang et al., 2002).

1.4 Suporte Social

O suporte social é um conceito importante na psicologia e na área da saúde devido ao facto de ter um efeito protetor contra os efeitos de eventos negativos no curso de vida (Ribeiro, 1999). Na gerontologia age como fator de manutenção de um estilo de vida social ativo e saudável dos idosos inseridos na comunidade (Evans et al., 2018; Sims et al., 2011). Existem vários estudos que indicam uma associação entre o suporte social que os idosos recebem e a sua função cognitiva (e.g., Sims et al., 2011; Yeh & Liu, 2003;

Zhu, Hu, & Efirid, 2012. É proposto que, devido ao facto de as trocas sociais promoverem estilos de comunicação com base na participação em atividades complexas de trocas interpessoais, o suporte social pode inibir o declínio cognitivo dos idosos (Glei et al., 2005; Yeh & Liu, 2003; Zunzunegui et al., 2003).

1.4.1. Componentes e aspetos do Suporte Social

A investigação no âmbito do suporte social pode ser baseada em aspetos objetivos do suporte social, como uma medida mais estrutural (estado civil, redes sociais, tamanho das redes sociais, número de contactos sociais, integração social, isolamento social), e/ou em aspetos subjetivos do suporte social ou medidas funcionais do suporte social, perceção subjetiva que o indivíduo faz sobre a disponibilidade do suporte social caso precise dele e a satisfação (avaliação do suporte recebido, solidão e suporte social percebido) (Cramer, Henderson, & Scott, 1997; Holt-Lunstad, et al., 2010; Ribeiro, 1999).

O conceito de suporte social pode envolver conceitos que são muitas vezes utilizados em investigação de maneira “intercambiável” (House, 1987). No entanto, é preciso distinguir estes conceitos porque medem dimensões diferentes. É um conceito multidimensional que inclui: perceções, assistência tangível, e nível de integração na rede social (Pillemer & Holtzer, 2016).

O conceito de rede social envolve a existência de laços entre indivíduos ou conjunto de relações que envolvem reciprocidade, frequência e variedade.

A quantidade ou existência do suporte social é normalmente referida como integração social/envolvimento social, ou pelo contrário, isolamento social. Este conceito define a existência, ou não, de suporte e a quantidade das relações sociais e frequência com os contactos da rede (Cohen & Wills, 1985; House, 1987; Holtzman et al., 2004). Estes dois conceitos são utilizados em estudos empíricos como medidas da “estrutura social” enquanto o conceito de suporte social é empiricamente utilizado como medida com conteúdo funcional, envolve trocas de sentimentos, afetos, preocupações emocionais, informações, ajuda instrumental ou tangível, e a perceção psicológica do suporte (Cohen & Wills, 1985; House, 1987).

Dunst e Trivette (1990) assinalam ainda duas fontes distintas de suporte social. O suporte social informal incluiu os indivíduos que nos rodeiam (família, amigos, vizinhos,

grupos sociais, rede social), e o suporte formal, que consiste nas organizações sociais formais que nos fornecem assistência em caso de necessidade (Ribeiro, 1994).

Os estudos que se baseiam em medidas de integração social estão associados com melhor saúde física e mental, independentemente da exposição a fatores de *distress*, enquanto estudos que se baseiam em medidas de suporte social atuam como um “*buffer*” perante o impacto do *distress* na saúde mental (Cohen & Wills, 1985; House, 1987).

Segundo o modelo *Stress-Buffering Effect* (Cohen & Wills, 1985) o suporte social é usado como a disponibilidade real ou percebida dos recursos sociais, atua como uma via compensatória e promove resiliência perante os efeitos do *distress* sobre a forma de suporte emocional e funcional, sendo uma medida mais qualitativa de suporte social, enquanto que o tamanho da rede social e a existência de atividade sociais não atuam como *buffer* porque podem estas medidas ser causa de *distress* (Kelly et al., 2017). Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) sugerem que o tamanho da rede social e a satisfação com o suporte recebido pela rede são duas dimensões diferentes do suporte social, e cada dimensão influencia e atua como fatores independentes para lidar com eventos traumáticos ou atuam como fatores de *coping* perante o *distress*.

1.4.2. Suporte Social Percebido

Existem estudos na literatura (e.g., Blazer, 1982; Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987) que referem que a avaliação que o sujeito faz à disponibilidade do suporte que recebe, a avaliação subjetiva da rede de suporte social, é um fator ainda mais importante e com maior valor preditivo que o número de contactos interpessoais e as características observáveis da rede social (Blazer, 1982; Sarason et al., 1983; Sarason et al., 1987).

O suporte social percebido é o aspeto funcional e subjetivo do próprio, com base na avaliação cognitiva de nos sentirmos em contacto, confiarmos na qualidade do suporte que obtemos dos outros. Tenciona avaliar os recursos materiais e psicológicos disponíveis, através da experiência intrapessoal subjetiva das suas relações, e perceber se o suporte material e psicológico está disponível (Gjesfjeld, Greeno, & Kim, 2008; Kliem et al., 2015). A perceção de disponibilidade do suporte ajuda a ajustar o indivíduo face a situações de stress, interpretar a informação recebida de diferentes maneiras e criar estratégias de *coping* mais adaptativas (Wethington & Kessler, 1986). Para Cobb (1976)

é a informação que leva o sujeito a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e membro de uma rede de obrigações mútuas.

Os aspetos funcionais do suporte social também são associados a fatores protetores para uma boa saúde mental e física (Holt-Lunstad, et al., 2010; Uchino, 2006). De acordo com Kliem et al. (2015), o suporte social percebido tem um papel fundamental na prevenção de doenças mentais e físicas. O suporte social percebido, emocional e funcional, contribui como mediador dos efeitos do *distress* emocional (Cohen & Wills, 1985; Kelly et al., 2017) e a interação com outras pessoas pode ajudar a compensar os efeitos do declínio cognitivo de maneira a promover comportamentos compensatórios saudáveis (e.g., envolvimento em atividades sociais) (Umberson, 1987; Kelly et al., 2017).

Também existem várias dimensões de suporte social percebido, que vão ser importantes para entender quais têm mais efeito no funcionamento cognitivo dos idosos (Pillemer & Holtzer, 2016). Estas dimensões são relativamente idênticas às dimensões do suporte social, mas são avaliadas de acordo com a percepção do indivíduo face à disponibilidade do suporte (Cohen & Wills, 1985; Kelly et al., 2017). As dimensões do suporte social percebido são: suporte tangível ou material, que consiste, por exemplo, no apoio financeiro, material, assistência, serviços ou bens materiais; emocional e/ou informacional, que consiste no ser cuidado, ser ouvido, troca de informações; suporte afetivo, ser amado, receber atenção; e interações sociais positivas, que engloba trocas de interação positivas, ter alguém com quem consegue passar bom tempo junto, aproveitar e desfrutar esse tempo (Pillemer & Holtzer, 2016).

1.4.3. Instrumentos de medida de Suporte Social e Suporte Social Percebido

Existem vários instrumentos de medidas de Suporte Social e Suporte Social Percebido (e.g., Barrera, 1986; Kelly et al., 2017; Turner, Frankel, & Levin, 1983). A maioria destes instrumentos são escalas, que se podem dividir em medidas quantitativas de suporte social (e.g., número de amigos) e medidas qualitativas (e.g., medidas de suporte social percebido e disponibilidade desde suporte) (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

A escala multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), desenvolvida por Zimet et al. (1988), é um instrumento com 3 subescalas que mede a presença de suporte social percebido em três diferentes fontes de suporte (i.e., família, amigos e

peessoa signficante). Esta escala foi validada em estudantes universitários dos Estados Unidos da América, com 136 participantes do sexo feminino e 139 do sexo masculino. Mostrou boa validade interna e uma validade de construo moderada. Neste estudo, tal como previsto, níveis mais elevados de suporte social percebido foram associados a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa (Zimet et al., 1998). Os autores voltaram a realizar vários estudos para validar as propriedades psicométricas da escala mostrando, mais uma vez, boa validade fatorial (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Zimet, Powell, Farley, Wekman, & Kerkoff, 1990). Esta escala existe adaptada para a população portuguesa por Carvalho et al. (2011). Foi validada numa amostra de 454 estudantes portugueses e 261 participantes da população geral portuguesa (com idade média de 38.3 anos), incluindo um grupo clínico com doentes com depressão *major* (n=100). A análise fatorial revelou a existência de três fatores (Família, Amigos e Outros Significativos) corroborando a escala original. A análise psicométrica desta escala revelou resultados de consistência interna entre .87 e .95 e validade de construto e estabilidade temporal (no grupo de estudantes (n=44) e população geral (n=30)) com valores entre os .40 e .91. Segundo os autores os resultados obtidos no estudo de validação foram idênticos a outros estudos com amostras semelhantes. Os mesmos identificaram limitações na validação da escala, principalmente devido ao facto de a amostra clínica ser reduzida e devido ao facto de não existir “dinamismo” na avaliação devido ao carácter transversal do estudo (Carvalho et al., 2011).

A MOS *Social Support Survey*, na versão portuguesa “Escala de Suporte Social do MOS” (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009) é uma escala multidimensional desenvolvida para o *Medical Outcomes Study* (Sherbourne & Stewart, 1991). Esta escala inclui 19 itens para avaliar 4 dimensões do suporte social (aqui não distinguido de suporte social percebido): interação social positiva, suporte social tangível, suporte social afetivo e suporte social emocional e informacional), e no final, um resultado total ou global de suporte social. Na versão portuguesa, esta escala mostra uma estrutura muito semelhante à escala de origem, e boas propriedades psicométricas. Esta escala foi validada em indivíduos com idade superior a 65 anos (n=225), com uma amostra maioritariamente do sexo feminino (65,8%). Os autores referem que, assim como a escala original, este instrumento pode ser utilizado em várias faixas etárias da população (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999) é uma escala portuguesa de avaliação da satisfação com o suporte social recebido. Esta escala mede a percepção relativamente à satisfação com o suporte social, com a hipótese de que

este conceito iria explicar melhores *outcomes* de saúde, qualidade de vida e funcionamento cognitivo. Esta escala apresenta 15 itens, com opções de resposta tipo *likert*, e 4 subescalas (satisfação com as amizades; intimidade; satisfação com família e atividades sociais), com consistência interna entre 0.64 e 0.83 para as subescalas e 0.85 para a escala total. Esta escala foi validada com a participação de 609 estudantes, com idades compreendidas entre os 15 e 30 anos, que frequentavam o 11º ano do liceu e final da Universidade (47% da amostra foi constituída por participantes do sexo masculino). O autor confirmou a validade desta escala para avaliar a satisfação com suporte social recebido em contextos de saúde. Uma limitação da validação desta escala, encontrada pelo autor, foi o facto das correlações entre as subescalas e as várias medidas de saúde (bem-estar e mal-estar) não serem uniformes (Pais-Ribeiro, 1999).

Fydrich, Sommer, Tydecks e Brähler (2009) validaram uma versão mais breve com 14 itens (F-SozU-14) do Questionário de Suporte Social (F-SozU) de Fydrich et al. (1989). Esta escala apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach a .94, com todos os itens, num só fator, a explicarem 56.3 % da variância total. Os autores validaram esta escala com 2 507 participantes com idades compreendidas entre os 14 e os 92 anos. Os resultados deste estudo revelaram diferenças significativas com a idade, onde pessoas mais velhas obtiveram resultados mais baixos de suporte social percebido, e indivíduos que viviam com o companheiro e/ou com nível de educação mais elevada obtiveram resultados significativamente mais elevados na escala de suporte social percebido, e as mulheres obtiveram resultados mais elevados que os homens. Os resultados também revelaram correlações negativas com medidas psicopatológicas, e pessoas com níveis mais elevados de suporte social percebido obtiveram resultados mais baixos em medidas de avaliação do *distress*.

Kliem et al. (2015) desenvolveram uma versão ainda mais breve (F-SozU k-6) da escala F-SozU-14 (Fydrich et al., 2009). Existem ainda uma versão longa, com 54 itens e uma versão mais breve com 22 itens. Estes autores desenvolveram esta versão curta, num contexto epidemiológico, com 2 007 participantes, com idades compreendidas entre os 14 e os 92 anos de idade. Esta escala apresentou boas propriedades psicométricas (consistência interna de .90) uma estrutura fatorial unidimensional e apresentou boas associações entre o suporte social percebido e sintomas somáticos, depressivos e ansiosos. Os autores encontraram correlações negativas entre o suporte social percebido, depressão e ansiedade, em concordância com as escalas anteriores (F-SozU, F-SozU K-14 e 22), indicando que pode existir replicação da associação usando a versão mais curta.

Neste sentido, no estudo de validade desta escala, resultados elevados de suporte social percebido foram associados a menos sintomas de depressão, ansiedade e sintomáticos. Kliem et al. (2015) revelaram que este instrumento é válido, confiável, e de fácil acesso económico, que pode ser usado para avaliar o suporte social percebido em contextos clínicos e de investigação, em ambos os géneros e em várias idades (14-92 anos). Uma das limitações do estudo de validade da escala foi o facto de os participantes serem representativos de uma amostra pouco diversificada da população geral da Alemanha, sendo apenas possível fazer comparações em países da Europa Ocidental e Americanos caucasianos (Kliem et al., 2015). Num estudo recente (Hirschfeld & Margraft, 2019) foi feita uma nova validação da escala (F-SozU k-6) de Kliem et al. (2015) numa amostra multicultural nos Estados Unidos da América, Alemanha, Rússia e China. Os autores utilizaram uma amostra representativa da população geral e de estudantes universitários (n= 3 038 participantes da amostra da população geral) nos EUA, (n=2 007 participantes da amostra representativa e n=5 406 estudantes) na Alemanha, (n=3020 na amostra geral e n=4 001 estudantes) na Rússia, e uma amostra de 13 582 estudantes na China. Os resultados deste estudo revelaram boas propriedades psicométricas e de validade, numa amostra extensa e multicultural. Os autores também encontraram correlações significativas entre o suporte social percebido e medidas de bem-estar psicológico, com valores mais elevados de suporte social percebido a estarem associados a níveis mais baixos de *stress*, ansiedade, depressão, e valores mais elevados em escalas de satisfação com a vida e felicidade subjetiva. No entanto, os autores referem que esta versão mais curta é mais adequada para ajudar a discriminar pessoas com níveis mais baixos de suporte social percebido na Alemanha e Rússia, ao contrário de ajudar a discriminar pessoas com altos níveis de suporte social percebido (Hirschfeld & Margraft, 2019).

Apesar de existirem escalas de suporte social e de satisfação com o suporte social para a população portuguesa (Carvalho et al., 2011; Pais-Ribeiro, 1999; Pais-Ribeiro & Ponte, 2009), do nosso conhecimento, instrumentos adaptados e validados continuam a faltar para a nossa população idosa. Principalmente, escalas focadas nas várias dimensões do suporte social percebido, validada com idosos, e, sempre que possível, com um grupo clínico de idosos com diagnóstico de depressão e/ou perturbações da ansiedade. Apesar da escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999) ser uma escala criada para a população portuguesa de modo a avaliar a satisfação com o suporte social recebido, esta escala não foi validada com uma população idosa representativa da população portuguesa nesta faixa etária e, como refere o autor, apesar desta escala

apresentar boa sensibilidade e validade “não dispensa a necessidade de continuar a investigar as medidas nesta área” (Pais-Ribeiro, 1999, p. 556).

1.4.4. Estudos sobre Suporte Social e Suporte Social Percebido

Suporte social percebido e bem-estar

Wang (2016) num estudo com 314 idosos em Hefei, na China, com idades compreendidas entre os 61 e os 71 anos, explorou a hipótese de que altos níveis de suporte social percebido emocional têm influência direta na percepção subjetiva de bem-estar (*subjective well-being*). Wang (2016) mediu o tamanho da rede social de acordo com o número de pessoas próximas com quem os indivíduos têm contacto frequente. *The Perceived Social Support Scale (MSPSS)* de Zimet et al. (1988) foi utilizada para avaliar o suporte social percebido e a percepção subjetiva de bem-estar (SWB) foi avaliada através *The Satisfaction with Life Scale* (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). O resultado deste estudo sugeriu que o suporte social pode mediar o efeito das redes sociais na percepção subjetiva de bem-estar nos idosos. De acordo com o autor, existe uma correlação positiva entre o suporte social percebido e o tamanho da rede social na SWB. Esta correlação pode existir devido ao facto dos idosos com altos níveis de suporte social percebido conseguirem obter informações e boas interações com a sua rede social, retirando dessas interações uma sensação de felicidade, comprometimento, melhoria da autoestima e confiança, perante eventos que possam ser causa de *distress* (Wang et al., 2016)

Suporte social percebido e satisfação com a vida

Capelo e Pocinho (2014) analisaram a relação entre o suporte social (aqui não distinguido de suporte social percebido) e a satisfação com a vida numa amostra de 424 idosos portugueses. As variáveis sociodemográficas foram preenchidas com um questionário, o suporte social foi avaliado através da Escala de Suporte Social de MOS na versão portuguesa (Ribeiro & Ponte, 2009), com vários componentes (suporte material/tangível, emocional, afetivo, interação social positiva e suporte social (escala total)) e a satisfação com a vida foi avaliada através da Escala de Satisfação com a Vida, adaptada por Ribeiro e Cummins (2008). Os resultados deste estudo indicaram que todas

as dimensões do suporte social se correlacionaram positivamente com a satisfação com a vida. Através de uma análise de regressão linear múltipla, os autores referiram que as variáveis que mais contribuíram para a satisfação com a vida foram: nível de escolaridade, suporte social emocional e suporte social afetivo. Os resultados também indicaram que os homens apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida, mas os resultados não são estatisticamente significativos (Capelo & Pocinho, 2014).

Suporte social percebido e envolvimento social

Neri e Vieira (2013) analisaram as relações entre o envolvimento social e o suporte social percebido em 1 451 idosos sem défice cognitivo, com uma média de idades de 72.2 anos, no Brasil. Neste estudo os autores utilizaram o MMSE (Folstein et al., 1975) para avaliar o funcionamento cognitivo dos idosos, um questionário de autorrelato para variáveis sociodemográficas (idade, género, escolaridade, localidade), um inventário para avaliar o desempenho em “atividades avançadas da vida diária” (AAVD) para avaliar o envolvimento social (como opções de resposta a 13 itens, “nunca”, “parei de fazer”, “ainda faço”), e um instrumento com cinco questões, construído através do *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) (Cohen, Mermelstein, Kamarck, & Hoberman, 1985), para avaliar o suporte social percebido (e.g., “O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar ao se sentir sozinho?”), com opções de resposta “nunca”, “às vezes”, “na maioria das vezes”, “sempre”. Foram observadas correlações baixas, mas significativas, entre os resultados na escala de suporte social percebido e os resultados no instrumento de AAVD, e entre os resultados em AAVD e os anos de escolaridade, quando controlados pelo género e localidade. Este resultado sugeriu que idosos com maior pontuação na escala de suporte social percebido têm maiores níveis de envolvimento social e, por conseguinte, quanto maior o nível de escolaridade maior o envolvimento social. Foram também observadas correlações negativas entre o suporte social percebido e a idade dos participantes. Idosos com mais de 80 anos apresentaram resultados mais baixos na medida de envolvimento social. No entanto, neste estudo, a maioria dos idosos referiu ter pessoas com quem contar como suporte afetivo, emocional, instrumental, informativo e socioemocional (Neri & Vieira, 2013).

Suporte social percebido e risco de mortalidade

Lyyra e Heikkinen (2006) examinaram os efeitos do suporte social percebido no risco de mortalidade numa amostra de 206 idosos com 80 anos (no início do estudo), na Finlândia, num período de 10 anos. Os autores avaliaram o suporte social percebido, presença de sintomas depressivos e funcionamento cognitivo. O suporte social percebido foi medido através da escala *Social Provision Scale* (Cutrona & Russel, 1987) e dividido em duas categorias na análise estatística (relacionado com assistência e não relacionado com assistência). Os sintomas depressivos foram avaliados através *Center for Epidemiologic Studies–Depression scale* (Radloff, 1977), o funcionamento cognitivo através de três testes da Escala de Inteligência de Wechsler (Wechsler, 1955) para Adultos, com medidas de concentração capacidades viso-espaciais e motoras, coordenação e um teste de fluência verbal. O suporte social percebido não relacionado com assistência englobou dimensões e itens que avaliaram: sentimentos de valor e proximidade emocional, pertença e oportunidade para sustentar e favorecer. O suporte social percebido relacionado com assistência engloba itens que avaliam: orientação, dar conselhos e informação, aliança e confiança. Os autores também avaliaram a capacidade de mobilidade e prevalência de doenças crónicas. Os resultados revelaram que existiu um efeito benéfico do suporte social percebido não relacionado com assistência e a sobrevivência das mulheres nesta amostra. Nesta amostra nenhum tipo de suporte social percebido foi significativamente associado à mortalidade nos homens.

Suporte social percebido e solidão

Rodriguez, Gierveld e Buz (2012) estudaram as diferenças entre países (Espanha e Holanda) nas trocas de suporte social (dar e receber) emocional e instrumental e os seus efeitos na solidão em idosos. A amostra consistiu de 646 idosos, em Espanha, e 656 idosos, na Holanda, com 60 anos ou mais. Os autores mediram a rede social através de questionários para os indivíduos identificarem relações sociais importantes para si, o nível de proximidade emocional com cada membro; o suporte social foi avaliado a partir de um questionário acerca das trocas de suporte emocional e instrumental; as atividades sociais foram medidas através de duas questões sobre frequência de participação em atividades de igreja e atividades pertencentes a um grupo ou organização (os questionários diferiam em algumas perguntas de acordo com cada país). Os autores também recolheram informações acerca de variáveis sociodemográficas e variáveis

relacionadas com a saúde dos idosos (por exemplo: idade, educação, estado civil, habitação). A solidão foi medida, em ambos os países, através da escala de solidão de De Jong & Kamphuis (1985). Em ambos os países, ser membro de uma associação e ter uma rede social alargada foram preditores significativos para níveis mais baixos de solidão; em Espanha, a presença de amigos na rede social é um preditor para menores níveis de solidão, mas esta associação não foi encontrada na Holanda; nos idosos espanhóis, receber suporte instrumental de membros mais próximos da rede social foi um preditor negativo para baixos níveis de solidão, enquanto que na amostra holandesa receber suporte emocional foi significativamente relacionado com níveis da solidão. Os autores concluíram então que, em Espanha, os idosos dão e recebem mais suporte instrumental e este associou-se como um fator protetor da solidão enquanto que os idosos holandeses recebem e dão mais suporte emocional, mas só o suporte que recebem é que protege contra a solidão (Rodríguez, Gierveld, & Buz, 2012).

1.4.4.1. Suporte Social e Suporte Social Percebido e Funcionamento Cognitivo

Num estudo transversal realizado por Faramarzi et al. (2018), com 16 112 idosos iranianos com mais de 60 anos de idade, os fatores psicossociais como idade avançada, baixo nível de escolaridade, viver sozinho, fumar, sintomas depressivos e baixo nível de suporte social, foram associados a um maior risco de declínio cognitivo. Estes resultados sugerem que idade avançada e sintomas depressivos são preditores positivos, enquanto um nível mais elevado de educação e suporte social são fatores preditores negativos de declínio cognitivo na população idosa.

Para além destes fatores, uma boa rede de suporte social pode ajudar a proteger contra um declínio cognitivo patológico (Evans et al., 2018).

Numa meta-análise feita por Kelly et al. (2017) um nível mais elevado de suporte social fornece benefícios na capacidade de memória episódica. Os autores referem que estes resultados são consistentes com a hipótese *Stress-Buffering Effect* (Cohen & Wills, 1985), visto que baixos níveis de *distress* estão associados a melhores capacidades de memória e função executiva (Kelly et al., 2017).

No Continente Americano, Hughes et al. (2008) examinaram as associações entre diferentes aspetos dos recursos sociais e mudanças nas diferentes funções cognitivas, numa amostra de 217 participantes da comunidade, com uma média de idade de 72.4 anos. As medidas cognitivas consistiram de uma bateria neuropsicológica, que incluiu o

MMSE (Folstein et al., 1975) modificado (para medir o funcionamento cognitivo geral), o teste de *Stroop* (para medir a atenção), o teste *Trailmaking* partes A e B (para medir a velocidade perceptiva) e o teste de aprendizagem Verbal de Hopkins (para medir a memória episódica). Para medir os recursos sociais, os autores reuniram 26 itens da Escala de Redes Sociais de Lubben (1988) e medidas de suporte social de Krause e Borawski-Clark (1995). As questões compreenderam componentes da rede social de familiares e amigos, suporte emocional, suporte instrumental, suporte informacional, satisfação com o suporte e interações sociais negativas. Um *random-effects model* revelou que interações sociais mais negativas e um maior nível de satisfação com o suporte social estão associados a um melhor funcionamento cognitivo geral. Resultados mais elevados nas medidas de velocidade e atenção também foram associados a maiores níveis de satisfação com o suporte. No *follow-up* de cinco anos, níveis mais baixos de satisfação com o suporte social foram relativamente associados ao declínio nas medidas de memória episódica. Os autores também revelaram que a idade agiu como modificador da relação entre os resultados nos testes de memória episódica e o suporte emocional. Este estudo revela que diferentes aspetos dos recursos sociais estão associados a diferentes habilidades cognitivas.

Também Sims, Levy, Mwendwa, Callender e Campbell (2011), num estudo com uma amostra de 139 indivíduos com descendência Africana, com uma idade média de 45.06 anos, quiseram perceber a relação entre o suporte social e as funções executivas dos adultos-idosos. Os autores utilizaram o *The Interpersonal Support Evaluation List* (Cohen & Wills, 1985) para avaliar o suporte social percebido, assim como subescalas para suporte: sensação de pertença, apreciação, autoestima (formas de suporte emocional) e presença de algo tangível ou real (perceção da disponibilidade de assistência material) por parte dos outros. *The Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) (Heaton, 1981) e *The Stroop Color and Word Test* (Stroop, 1935) foram utilizados para avaliação dos processos executivos de mudança e inibição, respetivamente. Os resultados deste estudo revelaram que níveis mais elevados de suporte percebido, apreciação, suporte tangível, autoestima e sensação de pertença é um preditor para uma melhor capacidade de inibição, e níveis mais elevados de suporte tangível foi o único preditor para uma maior capacidade de mudança no processamento executivo.

Ainda Dickinson et al. (2011) estudaram os efeitos do *distress* e do suporte social no funcionamento cognitivo de idosos com depressão (n=112) e um grupo controlo de idosos sem depressão (n=101). Os autores previram que, mudanças nos níveis de *distress*,

altos níveis de *distress* e baixos níveis de suporte social depois de 1 ano, iriam agir como preditor da função cognitiva. As medidas para avaliação clínica foram: *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960), *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (Montgomery & Asberg, 1979) e *Clinical Global Impression scale* (ECDEU, 1976). As medidas de suporte social e stress foram: *Life Events Scale* (Holmes & Rahe, 1967); *Duke Social Support Index* (DSSI) (Blazer, Hybels, & Hughes, 1990), que mede o suporte social percebido, suporte instrumental, tamanho das redes sociais e interações sociais. A avaliação cognitiva foi feita através do *Consortium to Establish a Registry in Alzheimer's Disease* (CERAD) (National Institute on Aging, 1986) e outras medidas para memória verbal, atenção e funções executivas. Os resultados deste estudo indicaram que indivíduos com depressão apresentaram pior desempenho em todas as medidas de funcionamento cognitivo, relataram mais eventos negativos, menores níveis de suporte social percebido e instrumental e menores níveis de interação social na *baseline*. O aumento dos níveis de *distress* e diminuição do suporte social no *follow-up* depois de um ano também estiveram associados a pior desempenho cognitivo. Baixos níveis de interação social e suporte instrumental estiveram associados ao declínio na capacidade verbal da memória de trabalho, função executiva e velocidade de processamento. A presença de depressão na *baseline* surgiu como um forte preditor de declínio na capacidade cognitiva (Dickinson et al., 2011).

Já Pillemer e Holtzer (2016), num estudo com 355 idosos (idade média= 77 anos) inseridos na comunidade, examinaram a relação entre as quatro dimensões do suporte social percebido e o funcionamento cognitivo dos idosos. O suporte social percebido foi avaliado através da *MOS-Social Support Survey* (Sherbourne & Stewart, 1991), com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva da disponibilidade do suporte funcional recebido. O funcionamento cognitivo foi medido através da *Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status* (RBANS) (Randolph, Tierney, Mohr, Chase, 1998), avaliando várias dimensões: memória, linguagem, atenção e capacidades visuo-espaciais. As covariáveis incluíram o género, idade, educação, e presença de depressão. De acordo com análises de regressão linear, o suporte social percebido esteve positivamente associado ao nível de funcionamento cognitivo, e resultados mais elevados nos itens que medem suporte emocional/informacional e interações sociais positivas foram positivamente associadas a resultados mais elevados na RBANS. Os resultados também revelaram que esta associação foi mais forte nas mulheres do que nos homens, e o suporte tangível e afetivo não foi associado ao funcionamento cognitivo nesta amostra. Os autores

explicaram estes resultados referindo que níveis mais elevados de suporte emocional/informacional percebido e relações sociais positivas exercem um efeito positivo no estilo de vida dos idosos, atuando como fatores de manutenção para comportamentos saudáveis. A falta de associação entre as duas outras dimensões pode dever-se ao facto de nestas dimensões não ser necessário um nível tão elevado de envolvimento cognitivo, e os comportamentos e relações nestas dimensões não são de um nível de conexão tão profundo e significativo (Pillemer & Holtzer, 2016).

Em 2018 num estudo longitudinal, Pillemer, Ayers e Holtzer (2018) examinaram a associação entre o funcionamento cognitivo de 493 idosos, com 65 anos ou mais, residentes na comunidade em Nova Iorque, e as várias dimensões do suporte social percebido, e se esta associação variava conforme o género dos participantes. As medidas foram as mesmas que o estudo anterior (Pillemer & Holtzer, 2016). Os resultados deste estudo revelaram que, níveis mais elevados de suporte social percebido, nas várias dimensões, na *baseline*, estiveram associados a um aumento no risco de incidência de declínio cognitivo no *follow-up*, mas esta associação só foi encontrada nos homens mais velhos. Os autores referem que estes resultados se devem ao facto de existir diferenças de género na maneira como os idosos percecionam o suporte que recebem, e também ao facto de as mulheres terem redes sociais mais intensas e tendem a receber mais experiências e ligações significativas fora da rede familiar. Nas mulheres, os resultados indicam que o nível de suporte social percebido, em todas as dimensões, na *baseline*, não foi significativamente associado a fator de risco de incidência de declínio cognitivo (Pillemer, et al., 2018).

Como referido anteriormente, vários estudos indicam o impacto da solidão na saúde mental dos idosos (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2002). Neste sentido, na Ásia, Yeh e Liu (2003), num estudo *cross-sectional* com idosos com 65 anos ou mais (N=4993) numa comunidade em Taiwan, estudaram a associação entre o suporte social e a função cognitiva, e o papel da solidão para mediar esta associação. A variável dependente (função cognitiva) foi medida através do *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) com 10 itens, e quatro medidas de suporte social foram avaliadas através do questionário (estado civil, presença de amigos com quem o idoso possa ter contacto, vive sozinho ou não, sentimento de solidão com base numa escala de *likert* em que 1=pouco, e 3=muito). Também foram avaliadas variáveis sociodemográficas (idade, género, religião, educação e ocupação). O estado funcional do idoso foi avaliado de acordo com as atividades básicas e instrumentais da vida diária e

foram também pedidas aos participantes informações sobre condições de saúde (por exemplo presença de doenças crónicas). Análise de regressões indicaram que indivíduos com resultados mais altos no SPMSQ são casados e avaliaram positivamente o suporte por parte dos seus amigos. Estes resultados revelaram que o suporte emocional por parte de um parceiro/parceira e por parte dos amigos esteve correlacionado com o funcionamento cognitivo. Por outro lado, neste estudo viver sozinho e solidão não foram significativamente associados a resultados mais baixos no SPMSQ. Os autores referem que independentemente de que sentimentos de solidão possam estar associados com o suporte social, não conseguem prever todas as influências no estado mental do idoso, nomeadamente a função cognitiva (Yeh e Liu, 2003).

Já Zhu et al. (2012) num estudo *cross-sectional*, com uma amostra de 120 idosos na China, quiseram perceber qual a relação entre características demográficas e o suporte social no funcionamento cognitivo dos idosos. Os autores utilizaram um questionário sociodemográfico para a obtenção de dados como idade, género, educação, estado civil, presença de doenças crónicas e tipo de habitação, e uma escala para avaliação do suporte social percebido de Zimet et al. (1988). O funcionamento cognitivo foi avaliado através do MMSE (Folstein et al., 1975). Os resultados deste estudo revelaram uma relação significativa entre o suporte social e o funcionamento cognitivo dos idosos, sendo que idosos com maior suporte familiar têm melhores níveis de cognição, e o suporte social percebido por parte da família foi o indicador mais preditivo da função cognitiva.

Em 2019, Murata, Saito, Saito e Kondo (2019) estudaram o efeito longitudinal, depois de 10 anos, do suporte social na incidência de demência numa comunidade de idosos (n=14 088) no Japão. Os autores utilizaram o MMSE (Folstein et al., 1975) e *Revised Hasegawa Dementia Scale* (Imai & Hasegawa, 1994) para a avaliação do funcionamento cognitivo e diagnóstico de demência, e avaliaram a presença de suporte social percebido com base em perguntas acerca do tipo de habitação e presença das várias dimensões do suporte social percebido, recebido e fornecido, (i.e., emocional/informacional, instrumental, afetivo/*appraisal*). A resposta a cada pergunta das categorias foram codificadas como 1=suporte disponível, 0=suporte indisponível. Os autores também utilizaram outras variáveis como: a idade e estado de saúde, número de doenças, presença de depressão e queixas subjetivas acerca do funcionamento cognitivo. Os autores utilizaram modelos estatísticos de Cox para as análises dos resultados. Ao contrário do esperado, os autores verificaram diferenças de género na presença de suporte social e incidência de demência. O suporte familiar, só foi benéfico

nos homens, atuando nestes como um fator protetor. Nas mulheres, apoio emocional recebido por parte de membros da coabitação foi um fator de risco para a demência. Os autores associaram estes resultados ao facto de as mulheres por vezes se sentirem culpadas por não conseguirem realizar tarefas domésticas, o que poderá fazer com que estas se vejam de forma negativa, com menos autoestima e por consequência prejudicando a sua saúde mental. Para além destes resultados, o envolvimento na comunidade atuou como o fator protetor de demência nas mulheres, enquanto que nos homens estar casado foi associado a menor incidência de demência. Como já fora evidenciado noutros estudos na literatura (Pillemer et al., 2018), existem diferenças de género na associação entre o suporte social percebido e o funcionamento cognitivo (Murata et al., 2019).

Na Europa, Cohrdes e Bretschneider (2018) num estudo alemão com 3661 indivíduos, entre os 18 e os 79 anos, estudaram o efeito mediador do suporte social e da atividade física no funcionamento cognitivo, em especial na função executiva e memória episódica, em adultos com sintomas depressivos. A presença de sintomas depressivos foi avaliada através do *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)* (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), o funcionamento cognitivo através de testes estandardizados para obtenção de resultados para memória episódica (e.g., lista de palavras) e função executiva (e.g., fluência verbal), o suporte social foi avaliado através da escala de Suporte Social de Oslo (Dalgard et al., 2006), e a atividade física através de perguntas com base na prática de atividade física regular. Os resultados deste estudo foram obtidos através de análises de regressão, controlando para idade, sexo e *status* socioeconómico. Os autores descobriram que o aumento de sintomas depressivos na amostra esteve associado a uma diminuição na capacidade cognitiva, mas o tamanho do efeito não permitiu que os resultados fossem generalizados. Ainda assim, os autores relataram que as associações entre sintomas depressivos e funcionamento cognitivo diminuíram, com significância, na presença de valores elevados de suporte social e atividade física (Cohrdes & Bretschneider, 2018).

Este estudo ajuda a combater a ideia de que os danos causados pela presença de depressão são “inevitáveis” ou “irreversíveis” (Cohrdes & Bretschneider, 2018) e corrobora a ideia de que a presença de suporte social ajuda a combater os efeitos negativos do *distress*, atuando como fator protetor (Cohen & Wills, 1985; House, 1987).

1.5. O presente estudo

Como anteriormente descrito, para além de um processo de envelhecimento normativo, causado por mudanças de natureza neurofisiológica e genética, podem existir fatores que contribuam para o declínio cognitivo não-normativo em idosos, por exemplo, a saúde física, o nível de escolaridade, viver sozinho, fumar, sintomas depressivos, o tipo de habitação, redes de suporte social e envolvimento social. Vários estudos têm sugerido a influência do suporte social percebido como fator importante e de grande influência na saúde dos idosos. No entanto, do nosso conhecimento, nenhum estudo analisou a relação entre o suporte social percebido e o funcionamento cognitivo de idosos portugueses, inseridos na comunidade.

É, então, nosso principal objetivo, avaliar se o suporte social percebido está associado e/ou contribui para o funcionamento cognitivo em idosos portugueses inseridos na comunidade. Para tal, foi adaptada para português a escala unidimensional de suporte social percebido F-SozU-14 de Fydrich, Sommer, Tydecks e Brähler (2009).

Atendendo aos estudos anteriores, colocam-se as seguintes hipóteses:

H1: Uma vez que estudos anteriores apontam para melhores níveis de funcionamento cognitivo em idosos com altos níveis de suporte social percebido (e.g., Pillemer & Holtzer, 2016; Yeh & Liu, 2003; Zhu, et al., 2012), espera-se que maiores níveis de suporte social percebido estejam associados a melhores níveis de funcionamento cognitivo, sendo o suporte social percebido um preditor deste funcionamento.

H2: De acordo com vários autores (e.g., Cohrdes & Bretschneider, 2018; Holt-Lunstad et al., 2010; Kliem et al., 2015; Uchino, 2006), o suporte social percebido atua como protetor contra doenças mentais e ajuda a combater os efeitos do *distress*. Neste sentido, a segunda hipótese deste estudo, é a de que menores níveis de suporte social percebido estão associados à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos (Zimet et al., 1998).

H3: O nível de suporte social percebido varia em função do género (Murata et al., 2019; Pillemer & Holtzer, 2016). De acordo com Pillemer e Holtzer (2016), as mulheres apresentam maiores níveis de suporte social, especialmente nos aspetos emocionais e informacionais do suporte social percebido (Fydrich et al., 2009; Lyyra & Heikkinen, 2006).

2. Método

Neste estudo participaram 48 adultos idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, 43 participantes do sexo feminino e cinco participantes do sexo masculino.

A amostra foi recolhida em espaços sénior e universidades sénior frequentados pelos participantes. Os espaços seniores consistem em centros de convívio para a população na faixa etária adulta-tardia, com o objetivo de fomentar relações interpessoais, incentivar a socialização e partilhar de experiências, promover atividades de educação, formação, lazer, atividade física e cultura e promover a inclusão social neste grupo etário. As universidades sénior são espaços que ajudam a dar respostas socioeducativas a pessoas com mais de 50 anos de idade, que queiram aumentar os seus conhecimentos adquiridos, aumentar a cultura geral e melhorar a perceção das suas capacidades de aprendizagem, nas áreas sociais, culturais, do saber e do conhecimento.

Os critérios de inclusão, neste estudo, foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, ter o Português como língua materna, saber ler e escrever, não estar institucionalizado (incluindo centro de dia), não ter um diagnóstico prévio de demência ou doença psiquiátrica e ter autonomia das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

2.1. Instrumentos

2.1.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico serviu para recolher informação de dados demográficos e variáveis complementares como: idade, sexo, ocupação, estado civil, habilitações literárias, profissão, rendimento social e habitação.

2.1.2. Instrumentos para rastreio cognitivo

Mini Mental State Examination

O MMSE (Folstein, et al., 1975) é o teste mais utilizado para rastreio de declínio cognitivo em idosos em contexto clínico e investigação. Foi validado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). Foca-se exclusivamente nos aspetos cognitivos das funções mentais (Folstein, et al., 1975). Inclui 11 itens com tarefas objetivas de

retenção, orientação, evocação diferida, cálculo, atenção, linguagem e capacidade viso-construtiva (Simões, 2012). Este teste funciona como indicador de declínio cognitivo (Rabelo, 2009).

O *score* (pontuação) do MMSE (Folstein et al., 1975) resulta da soma dos 11 itens e o resultado varia entre zero e 30 pontos. O nível de escolaridade é um aspeto bastante importante no MMSE (Folstein et al., 1975), sendo que a pontuação do limiar de diagnóstico varia com o nível de escolaridade (analfabetos 15 pontos; 1-11 anos de escolaridade 22 pontos; mais de 11 anos de escolaridade 27 pontos) (Simões, 2012).

Montreal Cognitive Assessment

O MoCA (Nasreddine et al., 2005) é também um teste de rastreio cognitivo que avalia as formas mais ligeiras de declínio cognitivo e examina diferentes domínios cognitivos: funções executivas, capacidade viso-espacial, memória a curto prazo, atenção e concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial (Rabelo, 2009). Este teste foi adaptado para a população portuguesa por Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana (2010). O teste tem um tempo de aplicação de aproximadamente 10 minutos.

O *score* (pontuação) do MoCA (Nasreddine et al., 2005) resulta do somatório de todos os itens contemplados num total de 30 pontos.

O ponto de corte depende dos grupos clínicos (<17 pontos em Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vasculare, e < 22 pontos em Declínio Cognitivo) (Freitas et al., 2010).

2.1.3. Escala para Avaliação do Suporte Social Percebido

Neste estudo foi utilizada a tradução da versão breve da escala de 14 itens de Fydrich et al. (2009) (FSozU K-14) para avaliar o nível de suporte social percebido (SSP) no ambiente natural (suporte social geral), onde está excluído o apoio por parte de profissionais de saúde.

Partindo de uma experiência individual por parte do idoso, as afirmações acerca do SSP e antecipado são avaliadas numa escala de *likert* de cinco pontos (1- discordo totalmente; 2- discordo em parte; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo em parte; 5- concordo totalmente). As afirmações correspondem não só a situações concretas, mas

também a experiências mais abrangentes do dia-a-dia (Kliem et al., 2014) (ver escala completa em anexo).

2.1.4 Instrumentos para validação da escala

Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG-15)

A EDG-15 é a versão reduzida da EDG, originalmente elaborada como instrumento de diagnóstico de depressão em idosos por Sheikh e Yesavage (1986). A EDG-15 foi adaptada (Apóstolo, 2011)) e validada (Apóstolo et al., 2014) para a população portuguesa.

Trata-se de uma escala de autoavaliação com 15 itens, cujas respostas são assinaladas pelo participante, que relatam o modo como o idoso “se tem sentido na semana anterior”. Cada item tem duas alternativas de resposta (sim – 1 ponto; não – 0 pontos). Os itens 1, 5, 11 e 13 têm o sistema de cotação inverso (sim – 0 pontos; não – 1 ponto).

A escala foi agrupada em três fatores, sendo que o primeiro fator agrupa os itens 1, 2, 3, 4, 5 e 7 e avalia aspetos como a anedonia, falta de interesse ou envolvimento e desmotivação, insatisfação geral com a vida e disforia. O segundo fator agrupa os itens 9, 11, 12 e 13 e avalia os aspetos da desvalorização com a vida, falta de energia, desânimo, inércia, sentimentos de inutilidade, desmotivação e isolamento. O terceiro fator agrupa os itens 6, 8, 10, 14 e 15 que avaliam a expectativa negativa, desamparo, desesperança, auto-depreciação e reduzida autoestima (Apóstolo et al., 2014). O *score* final resulta do somatório dos 15 itens (< 5 valores – sem depressão; > 5 valores – depressão ligeira; > 10 valores – depressão grave).

A adaptação da escala para Portugal revelou um índice de consistência interna, com um alfa de Cronbach de .83 (Apóstolo et al., 2007).

Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG)

O IAG foi originalmente elaborado por Pachana et al., (2007). A versão portuguesa foi adaptada por Espírito-Santo e Daniel (2010) e validada por Daniel et al. (2015). É um inventário com 20 itens, de aplicação relativamente rápida (aproximadamente 5 minutos), em que as opções de resposta dicotómicas são de fácil

compreensão (concordo; não concordo) quer para idosos com baixo nível de escolaridade quer para idosos com algum nível de declínio cognitivo.

O IAG (Pachana et al., 2007) é um inventário bastante útil para rastreio de ansiedade em pessoas com idade avançada (Daniel et al., 2015). O estudo de validação para Portugal mostrou um bom índice de consistência interna, com um alfa de Cronbach de .94.

É, no entanto, importante referir que o IAG (Pachana et al., 2007) não é por si só um instrumento de diagnóstico, mas sim um ótimo instrumento para rastreio e avaliação de sintomas gerais de ansiedade.

2.2. Procedimento Geral

Todos os instrumentos foram aplicados individualmente aos participantes numa ordem predeterminada. Um questionário sociodemográfico foi utilizado para obtenção de dados sociodemográficos. As aplicações decorreram nos espaços e universidades sénior frequentados pelos participantes.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Deontologia e pelo Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Todos os participantes foram informados, de uma maneira geral, do objetivo do estudo, e todos os participantes assinaram um consentimento informado onde foi assegurada a confidencialidade do estudo.

Antes do início da aplicação dos instrumentos, foi feita uma explicação prévia do estudo e foi-lhes entregue o consentimento informado para assinarem, com o objetivo de informar os participantes que a sua participação era voluntária, os seus dados confidenciais, podiam desistir a qualquer momento e, se assim o desejassem, poderiam obter informação acerca dos resultados e conclusões do estudo no final em formato relatório. A confidencialidade foi assegurada atribuindo um código a cada participante para a posterior análise dos resultados. As tarefas foram realizadas em duas sessões, com cerca de 45 minutos cada. As salas para as aplicações foram escolhidas com o intuito de as provas serem aplicadas individualmente, num local com boa luminosidade e sem ruído ou interferência de terceiros.

Na primeira sessão, foram aplicados o Questionário sociodemográfico, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975).

Na segunda sessão, foram aplicados a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986), a Escala para avaliação do SSP (Fydrich et al., 2009) e o IAG (Pachana et al., 2007). Aos participantes foi pedido para lerem com atenção o cabeçalho das provas e se tivessem alguma dúvida para perguntarem.

3. Resultados

3.1. Análise da consistência Interna da Escala de Suporte Social Percebido

De maneira a avaliar a consistência interna dos itens, a sua compreensão e confiança, calculou-se o valor do alfa de *Cronbach* da escala completa e as correlações item-escala. De acordo com a análise, foram retirados três itens (item 12 – “*Eu tenho amigos/ou pessoas próximas ou familiares com os quais consigo ser divertido.*”; item 13 – “*Há alguém que me é próximo cuja presença me faz sentir confortável, sem qualquer reserva.*”; e item 14 – “*Há um grupo de pessoas (amigos, um grupo exclusivo/privado) ao qual eu pertença e com o qual eu me encontro muitas vezes.*”) por apresentarem uma correlação menor que .30 com a escala total, ficando a escala reduzida a 11 itens. Assim, o alfa de *Cronbach* da escala foi de .82. As correlações de *Pearson* entre a escala total e os itens da escala variaram entre $r=.42$ e $r=.77$.

3.2. Análise Fatorial Exploratória

Para examinar a estrutura fatorial da escala, o realizou-se uma análise fatorial exploratória de dados. Esta análise foi realizada com extração dos fatores pelo método dos componentes principais, seguida de uma rotação *Oblimin*. Para perceber a validade da análise fatorial exploratória utilizou-se o critério KMO de Kaiser-Meyer-Olkin. O critério KMO foi indicativo de uma matriz aceitável (Pereira & Patrício, 2013), com um valor de $KMO=.68$. De seguida realizou-se o teste de esfericidade de Barlett, com um valor significativo $X^2(55) = 240.168$ $p < .001$, sendo que se confirma que as variáveis são correlacionáveis.

Através da análise dos componentes principais foi possível identificar quatro fatores (para *eigenvalues* superiores a 1) que explicam 75.57 % da variância total, sendo que o primeiro fator explica 39.71 % da variância total, o segundo fator explica 15.85%, o terceiro fator explica 10.19 % e o quarto fator explica 9.81 % da variância (Quadro 1).

Com o objetivo de determinar a estrutura fatorial da escala, procedeu-se ao método de rotação *direct oblimin*. No Quadro 2 apresenta-se o peso fatorial de cada item nos quatro fatores, *eigenvalues* e a % da variância explicada, após uma análise fatorial exploratória com extração de fatores pelo método dos componentes principais, seguida de uma rotação *direct oblimin*.

Tomando estes resultados, a escala foi dividida em 4 fatores. O primeiro fator contém os itens 5 (“Se eu precisar, posso pedir alguma coisa emprestada aos meus amigos

ou vizinhos, sem qualquer problema.”) e 2 (“Há pessoas que me aceitam como sou sem reservas.”).

O segundo fator contém os itens 11 (“Há pessoas que partilham alegrias e tristezas comigo.”), 8 (“Tenho amigos ou pessoas próximas ou familiares que por vezes simplesmente me dão um abraço.”) e 7 (“Conheço várias pessoas com as quais gosto de fazer algo.”).

O terceiro fator inclui os itens 1 (“Conseguo encontrar facilmente alguém que cuide da minha casa quando não estou.”), 9 (“Quando estou doente, posso pedir, sem hesitar, a amigos/ (ou) pessoas próximas ou familiares para tratarem de coisas que são importantes para mim.”), 10 (“Se estiver muito deprimido(a)/abatido(a), sei com quem posso contar.”) e o item 3 (“Recebo dos outros muita compreensão e segurança.”).

Por último, o fator 4 inclui os itens 4 (“Há alguém muito próximo de mim com quem posso sempre contar para me ajudar.”) e 6 (“Tenho amigos, ou pessoas próximas ou familiares que certamente têm tempo para me ouvir se eu precisar de alguém com quem falar.”).

Os itens 3 e 9 saturaram nos fatores 1 e 3 com cargas fatoriais superiores a .40 decidindo-se retê-los no fator onde apresentavam carga mais elevada (i.e., ambos no fator 3; ver Quadro 2). O item 6 também saturou nos fatores (1 e 4), no entanto apresentou carga fatorial mais elevada no fator 4 (.73) mantendo-se assim este item no fator 4.

Relativamente à consistência interna de cada fator, obtivemos os seguintes resultados do alfa de *Cronbach*: fator 1 $\alpha=.69$, fator 2 $\alpha=.69$, fator 3 $\alpha=.75$ e fator 4 $\alpha=.86$. Os fatores revelam boa consistência interna. Tendo em consideração os itens que constituíram cada fator, atribuímos-lhe as seguintes designações: “Suporte Tangível e Assistência Percebida” (fator 1), “Suporte Afetivo” (fator 2), “Suporte Emocional e Informacional” (fator 3) e “Proximidade com os outros” (fator 4).

Quadro 1. Resultado da análise fatorial (componentes principais)

Componente	Total	% de variância	% cumulativa
1	4.37	39.71	39.71
2	1.74	15.85	55.57
3	1.12	10.19	65.76
4	1.08	9.81	75.57
5	.66	6.23	81.79
6	.6	5.42	87.22
7	.42	3.85	91.07
8	.39	3.56	94.63
9	.28	2.56	97.19
10	.22	1.97	99.16
11	.09	.84	100

Quadro 2. Estrutura fatorial

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
5	.89			
2	.79			
11		.88		
8		.76		
7		.73		
1			-.82	
9	.32		-.70	
10			-.69	
3	.42		-.51	
4				.93
6	.37			.73
<i>eigenvalues</i>	4.37	1.74	1.12	1.08
Variância explicada	39.71	15.85	10.19	9.81

As correlações entre os fatores e o resultado da escala total estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3. Matriz de Correlações

	Fator ST/AP	Fator SA	Fator SEI	Fator PCO	Escala Total
Fator ST/AP	1				
Fator SA	.23	1			
Fator SEI	.44**	.37*	1		
Fator PCO	.49**	.15	.49**	1	
Escala Total	.70**	.56**	.88**	.71**	1

Nota: **. Correlação significativa para um nível de significância $p < .01$

*. Correlação significativa para um nível de significância $p < .05$

ST/AP=Suporte Tangível e Assistência Percebida; SA=Suporte Afetivo; SEI=Suporte Emocional e Informacional; PCO=Proximidade com os outros

Os resultados mostram correlações fortes e estatisticamente significativas entre cada fator e a escala total, sendo o resultado, respetivamente, $r=.70$; $r=.56$; $r=.88$ e $r=.71$, para os fatores 1, 2, 3 e 4. Neste sentido, estes resultados indicam-nos a presença de um constructo comum entre os fatores que se relacionam com a escala total de SSP. Relativamente às correlações entre fatores, o fator 2 não apresenta correlação significativa, nem com o fator 1, nem com o fator 4, sugerindo uma independência entre o fator 2 e os fatores 1 e 4.

3.3. Caracterização da Amostra

As médias, desvios-padrão, percentagens e frequências das variáveis sociodemográficas, bem como as médias e desvios-padrão das medidas de funcionamento cognitivo, da EDG (Sheikh & Yesavage, 1986), do IAG (Pachana et al., 2007) e da escala total de SSP (Fydrich et al., 2009), encontram-se no Quadro 4.

Verificaram-se diferenças relativamente ao sexo na amostra que se apresenta. A maioria dos participantes da amostra/estudo foram/eram do sexo feminino, com uma percentagem total de 89.6 % do total da amostra. Relativamente ao estado civil, a maioria

dos participantes eram viúvos (54.2%) e apenas só 8.3 % da amostra eram solteiros. Relativamente ao tipo de habitação, a maioria dos participantes vivia sozinho (70.8 %) e apenas 6.3 % dos participantes viviam com familiares.

A média de idades dos participantes foi de 76.9 anos com desvio padrão de 8, sendo a idade mínima dos participantes de 65 (critério de inclusão) e idade máxima de 96 anos.

O número médio de filhos dos participantes foi de 1.7 com o mínimo de 0 filhos e com o máximo de 6.

A média de anos de escolaridade na amostra foi de 9.87 anos.

Relativamente ao orçamento familiar, 67% dos participantes referem um valor menor ou igual a 1200 euros mensais, e só 13 % dos participantes da amostra referem um orçamento familiar acima ou igual a 1800 euros.

Na amostra, todos os participantes já estavam reformados. Mais de metade (52.1 %) exerceram uma atividade profissional durante a maior parte do seu período de vida, que envolveu a execução de tarefas técnicas e práticas complexas.

Relativamente ao SSP encontramos resultados próximos do teto, com altos níveis de SSP, uma média de 4.4, com o valor mínimo de 2.6 e o valor máximo a ser 5 (valores mais altos indicam maior SSP, valores mais baixos indicam menor SSP).

Encontrámos valores baixos na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) com uma média de 3.56 e desvio padrão de 2.9, indicando que, de um modo geral, os participantes não revelaram presença de sintomas depressivos. Também no IAG (Pachana et al., 2007) os valores foram baixos, com uma média de 7.13 e um desvio padrão de 5.36, indicando a ausência de sintomatologia ansiosa.

Relativamente ao funcionamento cognitivo dos participantes, os resultados não são indicadores de declínio cognitivo, com uma média de 29 no MMSE (Folstein et al., 1975) e uma média de 24.2 no MoCA (Nasreddine et al., 2005).

Quadro 4. Médias, desvios-padrão, percentagens e frequências das variáveis sociodemográficas, escalas e funcionamento cognitivo

Variável		
Sexo		
	Feminino	43 (89.6%)
	Masculino	5 (10.4%)
Idade		
		76.9 ± 8
Anos de Escolaridade		
		9.87 ± 4.70
Profissão durante mais tempo		
	Baixa	6 (12.5%)
	Média	25 (52.1%)
	Elevada	17 (35.4%)
Estado Civil		
	Solteiro	4 (8.3%)
	Casado	12 (27.1%)
	Viúvo	26 (54.2%)
	Divorciado	5 (10.4%)
Filhos		
		1.7 ± 1.3
Habitação		
	Sozinho	34 (70.8%)
	Cônjuge	11 (22.9%)
	Familiares	3 (6.3 %)
Orçamento Familiar		
	≤ 1200 euros	32 (66.7%)
	Entre 1200 e 1800 euros	10 (20.8%)
	≥ 1800 euros	6 (12.5%)
MMSE		
		28.9 ± 1.3
MoCA		
		24.2 ± 3.1
EDG		
		3.56 ± 2.9
IAG		
		7.13 ± 5.36
Escala total SSP		
		4.43 ± .55

3.4. Correlações

Utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar as correlações entre a Escala total de SSP (Fydrich et al., 2009), os fatores e as restantes variáveis. Estas correlações encontram-se no Quadro 5.

A escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) apresenta correlações significativas positivas fortes com os fatores da escala, como já referido anteriormente. A escala apresenta também uma correlação significativa negativa moderada com a variável sexo, o que indica que as mulheres apresentam valores mais elevados nesta escala.

O fator 2 “Suporte Afetivo”, apresenta uma correlação significativa negativa baixa com o MoCA (Nasreddine et al., 2005). De modo inesperado, este resultado significa que quando os resultados no fator 2 da escala de SSP (Fydrich et al., 2009) aumentam, os valores no MoCA (Nasreddine et al., 2005) diminuem.

O fator 3 “Suporte Emocional e Informacional”, apresenta uma correlação significativa negativa moderada com o sexo dos participantes. Valores mais elevados neste fator correspondem às mulheres. Por fim, o fator 4 “Proximidade com os outros”, apresenta uma correlação significativa negativa moderada com a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986). Estes resultados indicam que quando os resultados no fator 4 aumentam, os valores nesta escala diminuem. Assim, indivíduos com valores mais elevados neste fator apresentam valores mais baixos na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986).

O MMSE (Folstein et al., 1975) apresenta uma correlação significativa negativa moderada com a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986). Este resultado indica que quando os resultados no MMSE (Folstein et al., 1975) aumentam, os valores na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) diminuem. Este teste apresenta ainda uma correlação significativa positiva moderada com o MoCA (Nasreddine et al., 2005). Como expectável, de quando os indivíduos apresentam resultados elevados no MMSE (Folstein et al., 1975), também apresentam resultados elevados no MoCA (Nasreddine et al., 2005). O desempenho no MoCA (Nasreddine et al., 2005) apresenta correlações significativas negativas moderadas com os resultados na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) e no IAG (Pachana et al., 2007). Neste sentido, os indivíduos com resultados mais elevados neste instrumento apresentam resultados mais baixos na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) e no IAG (Pachana et al., 2007). Apresenta ainda uma correlação significativa positiva moderada com o orçamento familiar. Indivíduos com desempenhos mais altos apresentam orçamento familiar com valores mais elevados.

A EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) apresenta correlações significativas positivas moderadas com o IAG (Pachana et al., 2007) e com o sexo dos participantes. Estes resultados indicam que valores mais elevados na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) se correlacionam com valores mais altos no IAG (Pachana et al., 2007). Além disso, os homens apresentaram resultados mais elevados na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986).

Já o IAG (Pachana et al., 2007) apresenta correlações significativas negativas moderadas com o tipo de habitação, orçamento familiar e anos de escolaridade. De modo esperado, valores mais elevados neste inventário correlacionam-se com menor nº de anos de escolaridade e com orçamento familiares mais baixos. Este inventário apresenta ainda uma correlação significativa positiva moderada com o estado civil. Indivíduos com resultados mais elevados nesta escala são divorciados ou viúvos.

A idade apresenta uma correlação significativa positiva moderada com o nº de filhos, indicando que o número de filhos aumenta com a idade.

O estado civil apresenta uma correlação significativa negativa forte com o tipo de habitação, e uma correlação significativa negativa baixa com o orçamento familiar. De forma esperada, indivíduos viúvos ou divorciados vivem sozinhos e têm um orçamento familiar de valores mais baixos.

Por fim, o orçamento familiar apresenta uma correlação significativa positiva moderada com a escolaridade. Como era de esperar, indivíduos com valores mais altos de orçamento familiar frequentaram mais anos de escolaridade.

Quadro 5. Matriz de Correlações

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Escala SSP	1	.70**	.56**	.88**	.71**	-.09	-.05	-.21	-.12	-.39**	-.17	.02	.01	.09	-.05	.08	.05
2 Fator ST/AP		1	.23	.44**	.49**	-.07	.01	-.22	-.20	-.27	-.2	-.23	-.02	.19	-.05	-.09	-.04
3 Fator SA			1	.37*	.15	-.04	-.29*	-.09	-.03	-.2	.11	.03	.04	.03	.08	-.03	-.08
4 Fator SEI				1	.49**	-.1	-.07	-.02	-.5	-.45**	-.16	.15	-.03	.04	-.11	.04	.06
5 Fator PCO					1	-.4	.22	-.43**	-.12	-.27	-.23	-.02	.08	.09	.00	.15	.16
6 MMSE						1	.34*	-.43**	-.19	-.14	-.26	-.26	.25	.24	.00	.16	.14
7 MoCA							1	-.33*	-.31*	-.00	-.06	-.09	.21	.36*	.15	.26	.11
8 EDG								1	.4*	.20	.43**	.37	-.23	-.26	.25	-.31*	-.19
9 IAG									1	-.03	-.01	.33*	-.32*	-.34*	-.07	-.45**	-.07
10 Sexo										1	.15	-.19	.14	.07	.27	.13	.3*
11 Idade											1	.26	.08	-.16	.35*	-.18	-.3*
12 Estado Civil												1	-.5**	-.23*	.03	-.16	-.10
13 Habitação													1	.26	.20	.18	.11
14 Orçamento Familiar														1	.07	.41**	.09
15 Filhos															1	.06	-.13
16 Escolaridade																1	.35*
17 Profissão																	1

Nota: ** Diferença significativa para um nível de significância $p < .01$

* Diferença significativa para um nível de significância $p < .05$

SSP=Escala Total de Suporte Social Percebido; SMT=Suporte Tangível e Assistência Percebida; SA=Suporte Afetivo; SEI=Suporte Emocional e Informacional; PCO=Proximidade com os outros

3.5. Teste não-paramétrico de Mann-Whitney

De seguida, foi realizado um teste não-paramétrico de *Mann-Whitney* para perceber se o SSP varia em função do sexo dos participantes, neste caso, se as mulheres têm níveis de SPP mais elevados que os homens. Estes resultados indicaram-nos que o SSP varia em função do sexo $U=43.00$, $z= - 2.19$. As mulheres apresentam uma ordem média (26.00) mais elevada que os homens (11.60).

3.6. Análises de Regressões Hierárquicas

Os resultados das análises de regressões hierárquicas estão apresentados no Quadro 6.

As análises de regressões hierárquicas foram utilizadas para examinar a relação preditiva entre as variáveis independentes (idade, escolaridade, sexo, EDG (Sheikh & Yesavage, 1986), IAG (Pachana et al., 2007), Escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) e seus fatores) e o funcionamento cognitivo (variáveis dependentes MMSE (Folstein et al., 1975) e MoCA (Nasreddine et al., 2005)).

Em todas as análises de regressão, as variáveis idade, escolaridade e sexo foram introduzidas primeiro para controlar a contribuição destas no modelo. No segundo passo entrou a variável EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) para avaliar o contributo do nível de depressão no funcionamento cognitivo, no terceiro passo o IAG (Pachana et al., 2007) para avaliar o contributo do nível de ansiedade no funcionamento cognitivo, e por fim, no quarto passo, considerou-se a escala total de SSP (Fydrich et al., 2009), e cada um dos fatores, em análises independentes.

Assim, foram realizadas cinco análises de regressão, para testar o efeito das variáveis predictoras em cada variável dependente (funcionamento cognitivo avaliado pelo desempenho no MMSE (Folstein et al., 1975) e no MoCA (Nasreddine et al., 2005)).

Analisando os resultados, relativamente aos preditores do funcionamento cognitivo, verificou-se que o desempenho na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) explicou 10 % da variância ($F(1,43)=5.26$, $p<.05$) do desempenho no MMSE (Folstein et al.,

1975). Sendo que resultados mais altos nesta escala foram preditivos de valores mais baixos no MMSE (Folstein et al., 1975).

Nenhuma outra variável, incluindo o desempenho na escala total de SSP (Fydrich et al., 2009), explicou, com significância, a variância de resultados no MMSE (Folstein et al., 1975).

O desempenho na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) explicou 8% da variância ($F(1,43) = 4,0, p = .05$) do desempenho no MoCA (Nasreddine et al., 2005). Os participantes que apresentaram valores elevados na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) apresentaram resultados inferiores no MoCA (Nasreddine et al., 2005). Ainda no que se refere a esta variável dependente, o fator Suporte Afetivo explicou 11% da variância ($F(1,41) = 5,89, p < .05$) do desempenho no MoCA (Nasreddine et al., 2005). De modo inesperado, valores mais elevados neste fator foram preditivos de valores mais baixos nos MoCA (Nasreddine et al., 2005).

Quadro 7. Sumário das análises de regressão hierárquica relativas ao estudo do valor preditivo do SSP (Escala Total e fatores) para o funcionamento cognitivo, depois de controlar pela idade, escolaridade, sexo, EDG e IAG.

Funcionamento Cognitivo							
MMSE				MoCA			
Step	Preditores	β	ΔR^2	Step	Preditores	β	ΔR^2
1	idade	-.21		1	idade	-.01	
	escolaridade	.14	.10		escolaridade	-.03	.07
	sexo	-.13			sexo	.27	
2	EDG	-.37	.10**	2	EDG	-.33	.08*
3	IAG	-.04	.00	3	IAG	-.15	.02
4	SSP	-.26	.06	4	SSP	-.14	.02
4	Fator ST/AP	-.23	.05	4	Fator ST/AP	-.08	.01
4	Fator SA	-.06	.00	4	Fator SA	-.33	.11*
4	Fator SEI	-.20	.03	4	Fator SEI	-.08	.01
4	Fator PCO	-.20	.07	4	Fator PCO	.11	.01

Nota: ** $p < .05$; * $p = .05$; EDG=Escala de Depressão Geriátrica; IAG=Inventário de Ansiedade Geriátrica; SSP=Escala Total de Suporte Social Percebido; ST/AP=Suporte Tangível e Assistência Percebida; SA=Suporte Afetivo; SEI=Suporte Emocional e Informacional; PCO=Proximidade com os outros

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar se o SSP está associado e/ou contribui para o funcionamento cognitivo em idosos portugueses inseridos na comunidade.

De facto, vários estudos indicam a importância do suporte social e/ou SSP como efeito protetor contra o declínio cognitivo não patológico e como fator protetor contra efeitos do stress e facilitador da manutenção de estilos de vida mais ativos e saudáveis (Evans et al., 2018; Gleit et al., 2005; Ribeiro, 1999; Sims et al., 2011; Yeh & Liu, 2003; Zhu et al., 2012; Zunzunegui et al., 2003). Em Portugal, de nosso conhecimento, existe uma lacuna de estudos neste sentido. Uma vez que estudos relativos à relação entre SSP e funcionamento cognitivo com idosos portugueses, inseridos na comunidade, não se encontram disponíveis, este estudo pode contribuir para aprofundar o nosso conhecimento sobre aspetos psicossociais e emocionais do envelhecimento, bem como contribuir, a nível socioeconómico, para o aumento de práticas de carácter educativo e social.

Primeiramente, foi adaptada para a Língua Portuguesa a escala unidimensional de SSP F-SozU de 14 itens de Fydrich et al. (2009). O número de escalas que avaliam o suporte social e /ou SSP em Portugal ainda são escassas (Carvalho et al., 2011; Pais-Ribeiro, 1999; Pais-Ribeiro & Ponte, 2009). De nosso conhecimento, encontram-se em falta escalas com o objetivo de avaliar o SSP validadas com uma amostra da população idosa portuguesa.

A adaptação da escala de SSP (Fydrich et al., 2009) mostrou propriedades psicométricas adequadas, com o alfa de *Cronbach* total de .82. No entanto, é de salientar que não foi possível obter uma replicação exata da estrutura fatorial da escala original. Nesta adaptação, a escala final ficou constituída por 11 itens, ao contrário dos 14 itens da escala original (Fydrich et al., 2009), e revelou a presença de 4 fatores dentro da escala original (i.e., Suporte Tangível e Assistência Percebida; Suporte Afetivo; Suporte Emocional/Informacional e Proximidade com os outros) e não uma estrutura unidimensional. A presença de diferentes fatores e/ou dimensões é consistente com a ideia de que o SSP abrange, assim como o suporte social, várias dimensões, que por sua vez atuam de maneira diferente no bem-estar e funcionamento cognitivo dos idosos (Cohen & Wills, 1985; Kelly et al., 2017; Pillemer & Holtzer, 2016).

A nossa amostra de conveniência foi constituída maioritariamente por mulheres, verificando-se uma grande heterogeneidade de idades. Os resultados médios na escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) encontraram-se próximos do teto. De um modo geral, os resultados na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) foram baixos, indicando que os participantes não revelaram a presença de sintomas depressivos. Os resultados foram semelhantes no IAG (Pachana et al., 2007) não revelando a presença de sintomatologia ansiosa nos participantes. Nas medidas de funcionamento cognitivo foram observados resultados altos no MMSE (Folstein et al., 1975) e no MoCA (Nasreddine et al., 2005), não sendo estes resultados indicadores de declínio cognitivo.

De acordo com as análises de correlação, verificou-se uma correlação significativa negativa moderada do MMSE (Folstein et al., 1975) com a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986).

Com base na revisão de literatura anterior, e em resposta ao objetivo do presente estudo, foram colocadas três hipóteses. A primeira hipótese (H1) aponta para melhores níveis de funcionamento cognitivo em idosos com altos níveis de SSP e espera-se que maiores níveis de SSP estejam associados a melhores níveis de funcionamento cognitivo, sendo o SSP um preditor deste funcionamento. Seguidamente foi analisada a hipótese 2, que refere que menores níveis de SSP estão associados à presença de sintomatologia depressiva em idosos. Por fim, a hipótese 3, prediz uma variação no nível de SSP entre os sexos dos participantes. Neste caso, tal como no estudo de Pillemer e Holtzer (2016), as mulheres iriam ter níveis mais elevados de SSP que os homens.

De forma a examinar a hipótese 1, foram feitas análises de correlação e análises de regressão hierárquica de modo a avaliar a associação entre o SSP e o funcionamento cognitivo, e a influência do primeiro no segundo. O funcionamento cognitivo foi avaliado através do MMSE (Folstein et al., 1975) e do MoCA (Nasreddine et al., 2005). É de notar que não se observaram correlações significativas entre o resultado na escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) e os desempenhos nos instrumentos de avaliação do funcionamento cognitivo. Através das análises de regressão hierárquica, não se observou qualquer influência do SSP na variância do desempenho nos testes de funcionamento cognitivo quando controlada a influência da idade, escolaridade, sexo, depressão e ansiedade. Estes resultados não corroboram, por exemplo, os do estudo de Zhu, et al., 2012, que revelaram uma relação significativa entre o suporte social (aqui não distinguido de SSP) e o funcionamento cognitivo dos idosos, sendo que idosos com maior nível de suporte têm melhores níveis de cognição. Além disso, o SSP por parte da família foi o indicador mais

preditivo da função cognitiva dos idosos neste estudo (Zhu, et al., 2012), avaliado com o MMSE (Folstein et al., 1975).

Ao contrário do esperado, nas análises de correlação, o Fator 2 da escala de SSP (Fydrich et al., 2009), designado “Suporte Afetivo”, apresentou uma correlação significativa negativa baixa com os valores obtidos no MoCA (Nasreddine et al., 2005), indicando que quando os participantes que obtiveram resultados mais elevados neste fator apresentaram valores mais baixos no MoCA (Nasreddine et al., 2005). Numa análise de regressão hierárquica, os valores obtidos neste fator “Suporte Afetivo” explicaram, com significância, 11% da variância no MoCA (Nasreddine et al., 2005). Este resultado é contrário a um estudo anterior (Pillemer & Holtzer, 2016) que não mostrou qualquer associação, nem positiva nem negativa, entre o aspeto afetivo do SSP numa amostra de 355 idosos na comunidade. Apesar de nem todos os estudos distinguirem as dimensões de suporte social e/ou SSP, este resultado contraria estudos que indicam uma associação positiva entre o suporte social que os idosos recebem e a sua função cognitiva (Sims et al., 2011; Yeh & Liu, 2003; Zhu, et al., 2012), visto que o suporte social e/ou SSP atuam como protetores e mediadores de trocas sociais, promovendo estilos de comunicação, participação em atividades complexas de trocas interpessoais, inibindo o declínio cognitivo dos idosos (Cohen & Wills, 1985; Gleit et al., 2005; Kelly et al., 2017; Pillemer & Holtzer, 2016; Yeh & Liu, 2003; Zhu et al., 2012; Zunzunegui et al., 2003). No entanto, ao contrário de vários estudos, Pillemer, Ayers e Holtzer (2018) encontraram uma associação entre níveis mais elevados de SSP, nas várias dimensões, na *baseline*, a serem associados a um aumento do risco de incidência de declínio cognitivo em idosos do sexo masculino em idade mais avançada. Os autores apontam para o facto de existirem diferenças de género na forma como os idosos percebem o suporte que recebem, e também o facto de as mulheres terem redes sociais mais intensas, tendem a receber mais experiências e ligações significativas na rede familiar e fora da rede familiar do que os homens, tendo redes sociais com mais níveis relacionais, oferecendo vários benefícios. Este resultado é consistente com a ideia de que os níveis de suporte social e SSP diferem entre o sexo dos participantes (Pillemer, Ayers, & Holtzer, 2018; Pillemer & Holtzer, 2016). Estes resultados foram idênticos ao estudo de Sims et al., (2014) onde níveis mais elevados de suporte social foram associados a níveis mais baixos de funcionamento cognitivo. Estes resultados inesperados, segundo Pillemer et al. (2018), podem dever-se ao facto de que para alguns idosos, de acordo com a teoria da reciprocidade, receber suporte por parte de outros indivíduos e não o conseguir retribuir, devido a incapacidades

cognitivas ou físicas, atua mais como um fator de *distress* ao invés de um fator protetor (Pillemer, Ayers, & Holtzer, 2018). Estes resultados, no nosso estudo, podem também dever-se ao facto de os resultados na escala de SSP e respetivos fatores estarem próximos do teto para a maioria dos participantes, o que diminui a variabilidade de resultados.

A segunda hipótese (H2) do presente estudo de que menores níveis de SSP estariam associados à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa em idosos (Zimet et al., 1998) foi parcialmente corroborada. Apesar de não ter existido uma correlação significativa entre a escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) e a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986), verificou-se a presença de uma correlação significativa negativa moderada entre o Fator 4 (Proximidade com os outros) e a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986). Estes resultados indicam que indivíduos com valores mais elevados neste fator apresentaram valores mais baixos na EDG (Sheikh & Yesavage, 1986). Estes resultados são consistentes com outros estudos (e.g., Hirschfeld & Margraft, 2019; Kliem et al., 2015; Zimet et al., 1998) onde níveis mais elevados de SSP foram associados a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. Além disso, não foram encontradas quaisquer correlações entre os resultados no IAG (Pachana et al., 2007), a escala de SSP (Fydrich et al., 2009) e os seus fatores, não corroborando estudos anteriores (e.g., Hirschfeld & Margraft, 2019; Kliem et al., 2015; Zimet et al., 1998);

A terceira hipótese (H3) – o nível de SSP varia em função do sexo – foi também corroborada. Os resultados revelaram uma diferença significativa entre homens e mulheres no que se refere ao SSP, i.e., as mulheres revelam valores mais elevados de SSP do que os homens. Observou-se uma correlação significativa negativa moderada entre a escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) com a variável sexo, no mesmo sentido da diferença significativa de resultados verificada entre homens e mulheres. Adicionalmente, o fator 3 “Suporte Emocional e Informacional”, apresentou uma correlação significativa negativa moderada com o sexo dos participantes. Este resultado indica que valores mais elevados neste fator correspondem às mulheres, indo ao encontro do que foi observado no estudo de Pillemer e Holtzer (2016), i.e., também neste estudo as mulheres obtiveram resultados mais elevados no fator suporte emocional/informacional. No entanto, estes resultados no presente estudo podem refletir as características demográficas da amostra, não podendo ser generalizados, visto que esta era constituída, maioritariamente (89.6%) por participantes do sexo feminino, influenciando o poder da associação. Também no estudo de Murata et al. (2019) as diferenças de género também foram notórias, visto que, nas mulheres, o apoio emocional

recebido por parte de membros da co-habitação foi um fator de risco para a demência, enquanto que nos homens estar casado foi um fator protetor.

Os nossos resultados também indicaram uma influência da sintomatologia depressiva no funcionamento cognitivo, onde o desempenho da EDG (Sheikh & Yesavage, 1986) explicou 10% da variância do desempenho no MMSE (Folstein et al., 1975), e 8% da variância do desempenho no MoCA (Nasreddine et al., 2005). Estes resultados são consistentes com os estudos anteriores (Cohrdes & Bretschneider, 2018; Dickinson et al., 2011; Faramarzi et al. (2018), que indicam que indivíduos com depressão apresentam pior desempenho em medidas de funcionamento cognitivo.

Em suma, a escala de SSP (Fydrich et al., 2009) mostrou propriedades psicométricas adequadas, no entanto, não foi possível obter uma replicação exata da estrutura fatorial da escala original.

Das 3 hipóteses em estudo, a primeira não foi corroborada, não tendo sido encontradas correlações significativas entre o resultado na escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) e os desempenhos nos instrumentos de avaliação do funcionamento cognitivo. Não foi também encontrada qualquer influência do SSP na variância do desempenho nos testes de funcionamento cognitivo quando controlada a influência da idade, escolaridade, sexo, depressão e ansiedade.

A segunda hipótese foi parcialmente corroborada porque apesar de não ter existido uma correlação significativa entre a escala total de SSP (Fydrich et al., 2009) e a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986), verificou-se uma correlação significativa negativa moderada entre o Fator 4 da escala total “Proximidade com os outros” e a EDG (Sheikh & Yesavage, 1986).

A terceira hipótese foi corroborada por completo, visto que os resultados revelaram uma diferença significativa entre homens e mulheres no que se refere ao SSP, com as mulheres a obterem valores mais elevados de SSP do que os homens, e ainda, diferenças de género entre fatores, com as mulheres a obterem valores mais elevados no fator 3 “Emocional/Informacional”.

A realização deste estudo pretendeu começar a responder à falta de estudos que analisem a relação entre o SSP e o funcionamento cognitivo de idosos portugueses. Este tema é de bastante importância para termos em conta os aspetos psicossociais e emocionais do envelhecimento bem-sucedido e potencialmente ajudar a identificar fatores de risco psicossociais que possam colocar os idosos em risco elevado de desenvolver declínio cognitivo não-normativo. Ainda ajudou a contribuir para a

investigação nacional com a adaptação de uma escala de avaliação do SSP para português, validada com idosos inseridos na comunidade.

5. Limitações e sugestões para estudos futuros

Como referido anteriormente, são de sublinhar alguns aspetos positivos do presente estudo. Primeiramente, a adaptação de uma nova escala de SSP para português ajuda a preencher a lacuna de instrumentos de medida para este fim. Para além disto, esta adaptação foi feita com idosos exclusivamente. É também importante referir que, do nosso conhecimento, é o primeiro estudo em Portugal a estudar o SSP e o funcionamento cognitivo de idosos. No entanto, algumas limitações devem ser consideradas, de modo a interpretar os resultados obtidos com alguma cautela.

Em primeiro lugar a amostra deste estudo é reduzida, o que limita as análises estatísticas. Neste sentido, com uma amostra maior, as análises de regressão poderiam ter envolvido mais variáveis de controlo sociodemográficas, como por exemplo, estado civil e tipo de habitação. Por exemplo, no estudo de Murata et al. (2019) nos homens, estar casado foi associado a menor incidência de demência, e Fratiglioni et al. (2000), viver sozinho e ser solteiro foram associados a risco de incidência de demência. Para além disso, uma amostra mais robusta permitiria uma análise confirmatória da escala de SSP, em vez da análise fatorial exploratória, para comparar potenciais conjuntos de itens abreviados (Fydrich et al., 2009; Kliem et al., 2015).

Em segundo lugar, a amostra não foi muito diversificada, tendo sido constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino, com escolaridade relativamente elevada e a frequentarem universidades sénior, o que pode ter influência na capacidade de generalização dos resultados para a população geral. O facto de a amostra ter sido recolhida apenas no distrito de Lisboa, constitui outra limitação do estudo, uma vez que não representa, de forma geral, a população de Portugal. Seria interessante verificar se os resultados nos testes de funcionamento cognitivo e na escala de SSP difeririam consoante os diferentes meios de Portugal Continental (meios urbanos vs. meios rurais) e regiões autónomas dos Açores e Madeira, especialmente no interior de Portugal Continental. De acordo com o estudo de Savikko et al (2015), idosos inseridos numa comunidade rural apresentam níveis de solidão mais elevados, o que por sua vez tem um impacto na saúde mental dos idosos (Savikko et al., 2005; Victor et al., 2002). Assim, se a amostra total de

estudo tivesse sido mais diversificada, talvez se observasse um contributo do SSP no funcionamento cognitivo dos idosos, assim como diferenças entre níveis de escolaridade e o funcionamento cognitivo (Faramarzi et al., 2018). Ainda assim, mesmo com uma amostra maior não sendo este estudo longitudinal, não podemos nem poderíamos admitir causalidade. Seria uma mais-valia realizar um estudo longitudinal para perceber a influência do SSP no funcionamento cognitivo de idosos, e assim perceber e identificar idosos em risco de desenvolver declínio cognitivo não-normativo com base no SSP prévio (Glei et al., 2005; Yeh & Liu, 2003; Zunzunegui et al., 2003).

Seria de contributo elevado para a investigação em Portugal, a adaptação desta escala de SSP com uma amostra maior e mais representativa da população portuguesa, visto que esta escala pode ser uma mais-valia socioeconómica, devido ao facto de ser de fácil aplicação, curta, e adequada para o uso por profissionais de saúde e não só, de modo a avaliar o nível de SSP, em idosos, mas também noutros grupos etários (Kliem et al., 2015).

Para além do mais, seria importante analisar, de modo mais detalhado, quais os fatores do SSP que contribuem para o desempenho nos vários domínios do funcionamento cognitivo avaliados pelo MoCA (Nasreddine et al., 2005), visto que as várias dimensões do suporte social e/ou SSP influenciam vários domínios cognitivos (e.g., Cohrdes & Bretschneider, 2018; Dickinson et al., 2011; Kelly et al., 2017; Pillemer & Holtzer, 2016; Sims et al., 2011).

Referências

- Abu-Rayya, H. M. (2006). Depression and social involvement among elders. *The Internet Journal of Health*, 5(1), 9.
- Apóstolo, J. (2011). Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15). *Rev Referência*, 3(4).
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. de J., Reis, I. A. C. dos, Silva, I. A. L. L. da, Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 65–73. doi: 10.12707/RIV14033
- Ballesteros, R. F. (2000). Gerontología social. Una introducción. *Gerontología social*, 31–54.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1–34.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual review of psychology*, 31(1), 65–110.
- Baltes, P., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1977). Life-span developmental psychology: Introduction to research methods. Monterey, CA: Brooks.
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413–445. doi: 10.1007/BF00922627
- Beutel, M. E., Brähler, E., Wiltink, J., Kerahrodi, J. G., Burghardt, J., Michal, M., ... Schmidtman, I. (2019). New onset of depression in aging women and men: Contributions of social, psychological, behavioral, and somatic predictors in the community. *Psychological medicine*, 49(7), 1148–1155.

doi: 10.1017/S0033291718001848

Beutel, M. E., Brähler, E., Wiltink, J., Michal, M., Klein, E. M., Jünger, C., ... Tibubos, A. N. (2017). Emotional and tangible social support in a German population-based sample: Development and validation of the Brief Social Support Scale (BS6). *PLOS ONE*, 12(10) doi: 10.1371/journal.pone.0186516

Blazer, D. G., Yaffe, K., & Liverman, C. T. (2015). *Cognitive aging: Progress in understanding and opportunities for action*. National Academies Press Washington, DC.

Blazer, D., & Williams, C. D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *The American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/ajp.137.4.439

Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto*, 3.

Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American journal of community psychology*, 28(3), 391–400. doi:10.1023/A:1005109522457

Capelo, R., & Pocinho, M. (2014). *Influência do suporte social na satisfação com a vida das pessoas com mais de cinquenta anos*.

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, (54), 331–357.

Cho, Y. J., Hong, Y. H., Park, H. J., Lee, J. E., Yun, J. M., Shin, D. W., ... Kim, S. H. (2017). Depressive Mood and the Risk of Future Functional Decline in an Elderly

Population. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 21(3), 115–122.
doi:10.4235/agmr.2017.21.3.115

Choi, N. G., Kim, J., Marti, C. N., & Chen, G. J. (2014). Late-life depression and cardiovascular disease burden: Examination of reciprocal relationship. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1522–1529.
doi:10.1016/j.jagp.2014.04.004

Christensen, H. (2001). What cognitive changes can be expected with normal ageing? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 768–775.
doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00966.x

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
doi:10.1097/00006842-197609000-00003

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310

Cohrdes, C., & Bretschneider, J. (2018). Can social support and physical activity buffer cognitive impairment in individuals with depressive symptoms? Results from a representative sample of young to older adults. *Journal of affective disorders*, 239, 102–106. doi:10.1016/j.jad.2018.07.003

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761–775. doi:10.1177/0265407597146003

Cutrona, C. E. (1986). Objective determinants of perceived social support. *Journal of personality and social psychology*, 50(2), 349. doi:10.1037/0022-3514.50.2.349

Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Santo, H. M. A. E. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, 1(2), 15–30.

- Dickinson, W. J., Potter, G. G., Hybels, C. F., McQuoid, D. R., & Steffens, D. C. (2011). Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(12), 1267–1274. doi:10.1002/gps.2676
- dos Santos, F. H. (2018). Neuropsicologia e Senescência1. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4(1), 7–7.
- Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2010). Inventário de Ansiedade Geriátrica [Instrumento de Avaliação][Geriatric Anxiety Inventory]. *Instrumento não publicado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.*
- Eurostat—Data Explorer. (sem data). Obtido 28 de Setembro de 2019, de http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_dar&lang=en
- Evans, I. (2019). *Social connections, cognitive reserve, and cognitive function in later life.*
- Evans, I. E., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L., & team, C.-W. research. (2018). Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS one*, 13(8), doi: 10.1371/journal.pone.0201008
- Evans, I. E., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L., & team, C.-W. research. (2019). Living alone and cognitive function in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 81, 222–233. doi:10.1016/j.archger.2018.12.014
- Faramarzi, M., Kamar, M. Z., Kheirkhah, F., Karkhah, A., Bijani, A., & Hosseini, S. R. (2018). Psychosocial Predictors of Cognitive Impairment in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Iranian journal of psychiatry*, 13(3), 207.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento—Lisboa. Climepsi Editores, 1ª edição.*
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, *3*(6), 343–353. doi:10.1016/S1474-4422(04)00767-7
- Fratiglioni, L., & Wang, H.-X. (2007). Brain reserve hypothesis in dementia. *Journal of Alzheimer's disease*, *12*(1), 11–22. doi:10.3233/JAD-2007-12103
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). The orchestration of selection, optimization and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation. *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer*, 35–58.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G., & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, *45*(4), 212–216. doi:10.1026//0012-1924.45.4.212
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S., & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *18*(1), 43–48.
- Gjesfjeld, C. D., Greeno, C. G., & Kim, K. H. (2008). A confirmatory factor analysis of an abbreviated social support instrument: The MOS-SSS. *Research on Social Work Practice*, *18*(3), 231–237. doi:10.1177/1049731507309830
- Glei, D. A., Landau, D. A., Goldman, N., Chuang, Y.-L., Rodriguez, G., & Weinstein, M. (2005). Participating in social activities helps preserve cognitive function: An analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International journal of epidemiology*, *34*(4), 864–871. doi:10.1093/ije/dyi049

- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, *1*(9), 9–10.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, *10*(2), 227–237. doi:10.1177/1745691614568352
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS medicine*, *7*(7), e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Holtzman, R. E., Rebok, G. W., Saczynski, J. S., Kouzis, A. C., Wilcox Doyle, K., & Eaton, W. W. (2004). Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *59*(6), P278–P284. doi:10.1093/geronb/59.6.P278
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological forum*, *2*, 135–146. Springer.
- Hughes, T. F., Andel, R., Small, B. J., Borenstein, A. R., & Mortimer, J. A. (2008). The association between social resources and cognitive change in older adults: Evidence from the Charlotte County Healthy Aging Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *63*(4), P241–P244. doi:10.1093/geronb/63.4.P241
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., Power, J. E. M., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic reviews*, *6*(1), 259.
- Kliem, S., Mölsle, T., Rehbein, F., Hellmann, D. F., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was

developed, validated, and standardized. *Journal of clinical epidemiology*, 68(5), 551–562. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.11.003

Leston Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Batista, I., & Guardado Moreira, M. J. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011 Evolução e Perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

LIP_annual_report_2004.pdf. (sem data). Obtido de http://www.margret-baltesstiftung.de/PBB-Website/LIP_annual_report_2004.pdf

Lobo, A., Launer, L. J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M. M. B., ... Martinez-Lage, J. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54(5), S4.

Lyyra, T.-M., & Heikkinen, R.-L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), S147–S152. doi:10.1093/geronb/61.3.S147

Morris, J. C., Storandt, M., Miller, J. P., McKeel, D. W., Price, J. L., Rubin, E. H., & Berg, L. (2001). Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 58(3), 397–405. doi:10.1001/archneur.58.3.397

Município de Arruda dos Vinhos. (sem data). Obtido 28 de Setembro de 2019, de <http://www.cm-arruda.pt/>

Murata, C., Saito, T., Saito, M., & Kondo, K. (2019). The Association between Social Support and Incident Dementia: A 10-Year Follow-Up Study in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 239. doi:10.3390/ijerph16020239

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief

screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Oliveira, C. R. de, Santos-Rosa, M., Mota-Pinto, A., Botelho, M. A., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Eurotrials.

Organization, W. H. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. and Arnold, E. (2007). D evelopment and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103–114. doi:10.1017/S1041610206003504.

Pais-Ribeiro, J. L., & Ponte, A. C. S. L. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 163–174.

Palacios, J. (2004). Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice. *Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva*, 1, 2.

Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist*, 19(5_Part_1), 427–431. doi:10.1093/geront/19.5_Part_1.427

Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.

Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012. doi:10.1155/2012/382972

Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(1), 23–26.

- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). SPSS – Guia prático de utilização – análise de dados para ciências sociais e psicologia. 8aed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, *172*(14), 1078–1084.
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, *256*(3), 183–194. doi:10.1001/archinternmed.2012.1993
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of neurology*, *58*(12), 1985–1992. doi:10.1001/archneur.58.12.1985
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, *56*(3), 303–308. doi:10.1001/archneur.56.3.303
- Pillemer, S., Ayers, E., & Holtzer, R. (2018). Gender-stratified analyses reveal longitudinal associations between social support and cognitive decline in older men. *Aging & mental health*, 1–7. doi:10.1080/13607863.2018.1495178
- Pillemer, S. C., & Holtzer, R. (2016). The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. *Aging & mental health*, *20*(7), 727–735. doi:10.1080/13607863.2015.1033683
- Pimentel, M. H., Fernandes, H., Miguel Figueiredo Afonso, C., & Bastos, M. A. M. da S. (2019). Importância da rede social para o envelhecimento bem sucedido e a saúde do idoso. *Journal of Aging and Innovation*, *8*, 68–84.
- Prego, J. C. dos S. (2017). *Aging in place e suporte social: Um estudo num município da Região Norte* (Master's Thesis).

- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(6), 671–679. doi:10.1093/geronb/gbq051
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547–558.
- Rocha, A. P. de M. F. (2007). *O autoconceito dos idosos* (PhD Thesis).
- Rodriguez, M. M. S., de Jong Gierveld, J., & Buz, J. (2014). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands. *Ageing Soc*, 34, 355-355. doi:10.1017/S0144686X12000839
- Rog, L. A., & Fink, J. W. (2013). Mild cognitive impairment and normal aging. Em *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia* (pp. 239–256). Springer.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. doi: 10.1126/science.3299702
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433–440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). Successful aging: The MacArthur foundation study. *New York: Pantheon*.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2000). Successful aging and disease prevention. *Advances in renal replacement therapy*, 7(1), 70–77. doi:10.1016/S1073-4449(00)70008-2
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593–596. doi:10.1093/geronb/gbv025

- Rowland, D. T. (2009). Global population aging: History and prospects. Em *International handbook of population aging* (pp. 37–65). Springer.
- Salmon, D. P., & Bondi, M. W. (2009). Neuropsychological assessment of dementia. *Annual review of psychology*, *60*, 257–282. doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190024
- Santini, Z. I. (2016). *The impact of social networks and social support on mental disorders and mortality*.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of social and personal relationships*, *4*(4), 497-510. doi:10.1177/0265407587044007
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, *44*(1), 127.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*, *41*(3), 223–233. doi:10.1016/j.archger.2005.03.002
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *25*(5), 625–633. doi:10.1076/jcen.25.5.625.14576
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. doi:10.1300/J018v05n01_09
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, *2*(34), 9–33.

- Sims, R. C., Levy, S.-A., Mwendwa, D. T., Callender, C. O., & Campbell Jr, A. L. (2011). The influence of functional social support on executive functioning in middle-aged African Americans. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 18(4), 414–431.
- Sims, R. C., Hosey, M., Levy, S. A., Whitfield, K. E., Katzel, L. I., & Waldstein, S. R. (2014). Distinct functions of social support and cognitive function among older adults. *Experimental aging research*, 40(1), 40-59. doi:10.1080/0361073X.2014.857551
- Turner, R. J., Frankel, B. G., & Levin, D. M. (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. *Research in community & mental health*.
- Universidades Seniores: RUTIS - Rede de Universidades Seniores. (sem data). Obtido 28 de Setembro de 2019, de <http://www.rutis.pt/paginas/8/universidades-seniores>
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2002). Loneliness in later life: Preliminary findings from the Growing Older project. *Quality in Ageing and Older Adults*, 3(1), 34–41. doi:10.1108/14717794200200006
- Walker, A. (2008). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75–93. doi:10.1080/08959420802529986
- Wang, X. (2016). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of health psychology*, 21(6), 1037–1042. doi:10.1177/1359105314544136
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. *Doing unto others*, 17–26.

- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social behavior*, 78–89. doi:10.2307/2136504
- Yeh, S.-C. J., & Liu, Y.-Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health services research*, 3(1), 9. doi:10.1186/1472-6963-3-9
- Zhu, S., Hu, J., & Efirid, J. T. (2012). Role of social support in cognitive function among elders. *Journal of clinical nursing*, 21(15–16), 2118–2125. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04178.x
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30–41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 55(3–4), 610–617. doi:10.1080/00223891.1990.9674095
- Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93–S100. doi:10.1093/geronb/58.2.S93

ANEXO

F-SozU-14 – Nome	Data ___/___/___				
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 1,2,3,4 ou 5 para indicar quanto cada afirmação se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.					
<i>A classificação é a seguinte:</i>					
1- Discordo totalmente					
2- Discordo em parte					
3- Não concordo nem discordo					
4- Concordo em parte					
5- Concordo totalmente					
Consigo encontrar facilmente alguém que cuide da minha casa quando não estou.	1	2	3	4	5
Há pessoas que me aceitam como sou sem reservas.	1	2	3	4	5
Recebo dos outros muita compreensão e segurança.	1	2	3	4	5
Há alguém muito próximo de mim com quem posso sempre contar para me ajudar.	1	2	3	4	5
Se eu precisar, posso pedir alguma coisa emprestada aos meus amigos ou vizinhos, sem qualquer problema.	1	2	3	4	5
Tenho amigos ou pessoas próximas ou familiares que certamente têm tempo para me ouvir se eu precisar de alguém com quem falar.	1	2	3	4	5
Conheço várias pessoas com as quais gosto de fazer algo.	1	2	3	4	5
Tenho amigos ou pessoas próximas ou familiares que por vezes simplesmente me dão um abraço.	1	2	3	4	5
Quando estou doente, posso pedir, sem hesitar, a amigos / (ou) pessoas próximas ou familiares para tratarem de coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
Se estiver muito deprimido(a)/abatido(a), sei com quem posso contar.	1	2	3	4	5
Há pessoas que partilham alegrias e tristezas comigo.	1	2	3	4	5
Eu tenho amigos/ou pessoas próximas ou familiares com os quais consigo ser divertido.	1	2	3	4	5
Há alguém que me é próximo cuja presença me faz sentir confortável, sem qualquer reserva.	1	2	3	4	5
Há um grupo de pessoas (amigos, um grupo exclusivo/privado) ao qual eu pertença e com o qual eu me encontro muitas vezes.	1	2	3	4	5

