

Influência da Condição Social no Declínio Mnésico, Risco de Demência e Depressão, e Envolvimento Social em Idosos Insulares

Influence of Social Conditions on Memory Decline, Risk of Dementia and Depression, and Social Involvement in Island Elderly

Salomé Vasconcelos¹, Sandra Fernandes^{1,2}, Luís Querido³, Sara D. S. Ramos⁴ e Arlette Verhaeghe¹

Resumo

Este estudo pretendeu verificar a influência das condições sociais – residir em lar ou frequentar centros de convívio – no declínio mnésico, risco de demência e depressão e no envolvimento social de adultos idosos da Ilha Terceira-Açores. Foram administradas a Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição, a Escala de Avaliação da Demência – 2, a Escala de Depressão Geriátrica – 15 e a Escala de Envolvimento Social. Uma análise de variância multivariada revelou que os adultos idosos frequentadores de centros de convívio tiveram melhores resultados do que os institucionalizados relativamente ao declínio mnésico, risco de demência, sintomas depressivos e envolvimento social. Regressões hierárquicas mostraram a condição social como fator importante do declínio mnésico e risco de demência; o envolvimento social como principal fator associado à depressão; e a idade e o sexo como os principais fatores relacionados com o envolvimento social. Estes resultados sugerem a importância de atividades que promovam o envolvimento social de adultos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: envelhecimento, condições sociais, declínio mnésico, risco de demência, risco de depressão, envolvimento social

Abstract

This study aimed to verify the influence of social conditions – living in nursing homes or attending social centres – on memory decline, risk of dementia and depression and social involvement of elderly living on Terceira Island - Azores. Different assessment scales were administered: Weschler Memory Scale – 3rd Edition, Dementia Rating Scale – 2, Geriatric Depression Scale – 15, and Social Involvement Scale. A multivariate analysis of variance showed that elderly participating in social centres had more positive outcomes than institutionalised ones regarding memory decline, risk of dementia, depressive symptoms, and level of social involvement. A hierarchical regression analysis revealed that social condition was a factor for memory decline and risk of dementia, that the principal factor associated with depression was social involvement, and that the main factors related to social involvement were age and gender. These results suggest the importance of activities that promote social involvement in institutionalised elderly individuals.

Keywords: ageing, social conditions, memory decline, risk of dementia, risk of depression, social involvement

¹Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

²CICPSI, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: sfernandes@psicologia.ulisboa.pt (Autor de correspondência)

³Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM); Egas Moniz School of Health & Science, Caparica, Almada, Portugal.

⁴Brain Injury Rehabilitation Trust (BIRT), The Disabilities Trust 32 Market Place, Burgess Hill, RH15 9NP, Inglaterra.

Introdução

De acordo com o cenário central de projeção (INE, 2020), entre 2018 e 2080, o número de adultos idosos, de 65 e mais anos, passará de 2,2 para 3,0 milhões. “O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa” (INE, 2020, p.1). Prevê-se que o envelhecimento demográfico, embora venha a ocorrer em todas as regiões, poderá ser mais acentuado nas Regiões Autónomas. “O índice de envelhecimento na Região Autónoma dos Açores, que em 2018 se situava em 93 idosos por cada 100 jovens, aumenta para 390 idosos por cada 100 jovens em 2080 (mais que quadruplicando)” (INE, 2020, p. 7).

Mais especificamente em relação à ilha Terceira, ilha que serviu ao estudo, de acordo com o Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA, 2020), esta apresenta um índice de envelhecimento de 105,4 (no caso dos homens) e de 143,9 (no caso das mulheres). Esta tendência ao envelhecimento demográfico, assistido pela nossa sociedade ao longo dos últimos anos, traduzido por um aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de natalidade (INE, 2020), tem vindo a ser alvo de maior atenção e reflexão ao nível da investigação, particularmente na qualidade de vida e bem-estar que poderemos esperar desses anos adicionais (Fonseca, 2014).

Como referido por Fonseca (2014), o processo de envelhecimento é marcado por diferentes modos de experimentação das vivências que o atravessam, e por diferentes trajetórias de adaptação às consequências que comporta, sendo muito diferenciado de pessoa para pessoa. Desta forma, parece fazer sentido focarmo-nos em aspetos mais subjetivos e idiossincráticos dos processos de envelhecimento dos indivíduos, como serve de exemplo o contexto em que estão inseridos.

As transições marcam as trajetórias de envelhecimento e “uma das mudanças que os adultos idosos experimentam à medida que envelhecem é a transição para um novo ambiente de vida” (Bourgeois-Guérin et al., 2021, p.2),

deixando as suas residências. O apoio social desempenha nestas novas circunstâncias de vida um papel fundamental, veiculando um sentimento de pertença a uma rede de apoio emocional, permitindo resolver problemas do quotidiano e aceder a informações para enfrentar o dia a dia (Gallardo-Peralta et al., 2021).

Em Portugal, nestas trajetórias de envelhecimento muitos adultos idosos deixam as suas casas para se mudar para os comumente chamados lares, e outros, na comunidade, procuram frequentar centros de convívio com os pares.

Do nosso conhecimento, não existem estudos que se debrucem sobre o impacto destas experiências sociais no conjunto de variáveis relativas ao funcionamento cognitivo, psicológico e social dos adultos idosos em Portugal. Assim, pretende-se investigar, num estudo único, a influência da condição social, - lar vs. centro de convívio -, em todas estas variáveis, contribuindo para o preenchimento desta lacuna.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) lançou as primeiras diretrizes para a redução de risco para comprometimento cognitivo e demência. De acordo com estimativas recentes, aproximadamente 40% dos casos de demência em todo o mundo podem ser atribuídos a doze fatores de risco modificáveis, indicando um claro potencial de prevenção (Lisko et al., 2022). São eles: baixa escolaridade, depressão, baixo contacto social, inatividade física, hipertensão e obesidade na meia-idade, diabetes, tabagismo, uso excessivo de álcool, perda auditiva, traumatismo cranioencefálico e poluição do ar (Lisko et al., 2022).

Baltes e Smith (2003) referem que 80% dos adultos idosos mais velhos (i.e., 85+)¹ apresentam um declínio em 3 das 6 seguintes áreas: visão e/ou audição; força; capacidade funcional; atividades de vida diárias e atividades instrumentais; cognição; contactos sociais e felicidade. Porém, apesar desses declínios, Costa et al. (1998) consideram que as pessoas idosas tendem a desenvolver recursos que lhes permitem atenuar o impacto dos acontecimentos de vida mais negativos, através de estratégias que dependem, em muito, do tipo de

¹ De acordo com vários investigadores (e.g., Hooyman & Kiyak, 2008) a idade cronológica pode ser categorizada em 3 grupos, considerando-se que quanto menos idade, menos

declínio funcional: Idoso-jovem (dos 65 aos 74 anos); idoso-idoso (dos 75 aos 84) e idoso-velho (mais de 85).

personalidade dominante, e também da capacidade de controlo interno e externo desenvolvido ao longo do ciclo vital.

É sabido que no decurso do processo de envelhecimento são notórias perdas de origem biopsicossocial, o que revela uma necessidade de desenvolver uma abordagem mais holística na avaliação das pessoas como saudáveis ou doentes, que dê uma maior ênfase às atividades que as mesmas são capazes de realizar, de modo a desenvolver um sentido de controlo sobre as suas vidas (Fonseca, 2014). De facto, o declínio da saúde em geral, pode apresentar-se como uma barreira, mas não como um determinante absoluto, uma vez que a perceção e o autorrelato de bem-estar psicológico estão fortemente ligados a outras variáveis como o estado civil, o local onde se reside, o rendimento e as relações familiares e sociais (Fonseca, 2014).

De acordo com Gonçalves-Pereira et al. (2016), são ainda escassos os dados epidemiológicos comunitários em pessoas idosas em Portugal. Contudo, como referido pelos autores, os estudos *Eurobarometer* (European Opinion Research Group, 2003) evidenciaram que, nas pessoas mais velhas, há um maior risco de sofrimento psicológico (sintomatologia depressiva e ansiosa) comparativamente com os outros países europeus. Não obstante, é importante referir que, segundo Serafim (2007), dados indicam que nas zonas interiores do País, onde a atividade económica é sobretudo agrícola e comercial, a percentagem de população envelhecida é mais significativa. No entanto, um estudo de Paúl et al. (2005) mostrou que adultos idosos rurais apresentavam maiores níveis de autonomia, possivelmente advindos da vida mais ativa na pequena agricultura e também na criação de animais, justificando assim o impacto social na forma como se envelhece.

Partindo dos pressupostos acima referidos, faz sentido falarmos dos fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido que é definido como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p.13). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde foca-se em dois grandes conceitos: capacidade intrínseca e capacidade funcional. O primeiro tem que ver com as capacidades físicas e mentais de que

o indivíduo beneficia em determinado momento, sendo a capacidade funcional, por sua vez, definida como os atributos relacionados com a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam (OMS, 2015).

De acordo com Paúl (2014), a saúde apresenta-se como um elemento central quando falamos no processo de envelhecimento, uma vez que é inerente às condições presentes, passadas e futuras dos indivíduos. Contudo, esta pode ser influenciada por variáveis psicológicas e sociais, modificáveis e, por isso, não negligenciáveis nos resultados obtidos ao nível da saúde e do bem-estar dos adultos idosos (Paúl, 2014).

Num artigo de revisão sobre o envelhecimento populacional e as suas tendências, Christensen et al. (2009) referem que os indivíduos institucionalizados têm sido excluídos de muitos estudos e que, apesar da prevalência de doença na população idosa ter aumentado ao longo do tempo, pouco se sabe da tendência quanto à função cognitiva e à demência.

O presente estudo procura analisar a relação entre duas condições sociais diferentes (adultos idosos institucionalizados ou frequentadores de centros de convívio), e o declínio mnésico, riscos de demência e depressão, e envolvimento social. Dada a importância de investigação que explore estas questões em Portugal com população idosa, e em particular açoriana, o presente estudo contou com a participação de adultos idosos institucionalizados (residentes em Lar) e de adultos idosos que frequentam Centros de Convívio na Ilha Terceira, Açores.

Tendo em conta que se trata de uma população com uma identidade cultural peculiar, é importante referir que grande parte das profissões destes insulares estão em harmonia com a natureza (como a agricultura, pecuária, atividade piscatória), e que se trata de um povo que mantém no presente laços com o passado, através da sua cultura de festas populares que vão desde hábitos e costumes religiosos a profanos, passando pela culinária, folclore, música e dança (Fialho & Condessa, 2013).

Lares e Centros de Convívio – duas respostas sociais

De acordo com o Instituto de Segurança Social (ISS, 2015), os Lares e Centros de Convívio são ambos respostas de apoio social cujo objetivo é

privilegiar a manutenção dos utentes no seu ambiente familiar e social, promovendo o apoio à família. De entre os diversos tipos de resposta, a mais adequada é feita em função das necessidades e do grau de autonomia das pessoas.

O lar, ou Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, é um equipamento social que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, dos utentes, tendo como objetivos: proporcionar serviços permanentes que vão ao encontro das necessidades biopsicossociais do idoso, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, procurar criar condições que preservem e incentivem a relação intrafamiliar, assim como potenciar a integração social (ISS, 2015).

Por sua vez, o centro de convívio é um equipamento social que organiza atividades recreativas e culturais, por dinâmica dos próprios adultos idosos, tendo como objetivos: a prevenção da solidão e isolamento, o incentivo, a participação e a inclusão dos adultos idosos na vida social local, a promoção de relações pessoais e intergeracionais, e o evitamento ou adiamento do recurso a estruturas residenciais, de modo a contribuir para a manutenção das pessoas idosas no seu meio natural de vida (ISS, 2015).

Segundo o Portal do Governo dos Açores (www.azores.gov.pt), em 2011, a ilha Terceira contava com trinta e quatro centros de convívio, seis lares e um centro de dia.

Funcionamento Mnésico e envelhecimento

O estudo da cognição no envelhecimento e, em particular, o estudo da memória, desenvolveu-se significativamente durante a última década (Meléndez et al., 2020).

Há várias evidências de que existe um declínio na memória relacionado com a idade, e que este declínio varia de acordo com as tarefas em questão (e.g., Park et al., 2002). Ainda que a explicação dominante para esse facto tenha a ver com as mudanças no cérebro do ponto de vista biológico, que ocorrem com o avanço da idade (West, 1996), é importante considerar que o comprometimento dos processos cognitivos nos adultos idosos está relacionado com outras mudanças psicossociais que também acompanham o processo de envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990).

Erber (2013) refere que quanto mais elevado o

nível de escolaridade e de envolvimento social, menor o declínio mnésico. Esta afirmação vai ao encontro dos resultados de um estudo longitudinal realizado por Zunzunegui et al. (2003) que permitiram concluir que a escassez de vínculos sociais, fraca participação social e envolvimento social reduzido predizem um maior risco de declínio cognitivo nos adultos idosos não institucionalizados, independentemente do género. Por sua vez, à semelhança da investigação anterior (Zunzunegui et al., 2003), num estudo de Winningham e Pike (2007), mas com adultos idosos institucionalizados, foi possível concluir que ajudar os adultos idosos a potenciar ou manter a qualidade da sua rede social, possibilita a melhoria do funcionamento cognitivo, a diminuição da depressão e promove a qualidade de vida. Outros estudos apontam no mesmo sentido (e.g., Krueger et al., 2009; Saczynski et al., 2006).

Demência e envelhecimento

A população mundial está a envelhecer, o que por sua vez se reflete num aumento no número de pessoas com demência uma vez que, ainda que esta não seja parte integrante de um processo de envelhecimento normal, afeta maioritariamente os indivíduos em idade avançada (OMS, 2013). O envelhecimento tem sido referido como o principal fator de risco de demência (e.g., Herrera-Reviero et al., 2010; Luck et al., 2010).

A demência é uma síndrome maioritariamente de natureza crónica ou progressiva, causada por uma variedade de doenças cerebrais que afetam a memória, o pensamento, o comportamento e a habilidade em realizar as atividades de vida diária (OMS, 2013). Como referido por Paúl (2014), a demência resulta, também, em perdas ao nível das competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), as projeções de prevalência e incidência indicam que o número de pessoas com demência continuará a aumentar particularmente entre os adultos idosos de idade mais avançada. Estima-se que, a nível mundial, 36,6 milhões de pessoas viviam com demência em 2010, e que este número duplique a cada 20 anos, resultando em 65,7 milhões de casos de demência em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (OMS, 2013). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), em

2050, um terço da população portuguesa será idosa e cerca de um milhão terá mais de 80 anos, em resultado do aumento da esperança de vida e da diminuição dos níveis de fecundidade, aumentando assim a prevalência de demência na população portuguesa.

Atualmente, no que toca à demência, e uma vez que não tem cura, o trabalho que é feito foca-se sobretudo na tomada de medidas preventivas que atrasem o início ou o desenvolvimento da mesma, nomeadamente em relação aos fatores de risco vascular, como é exemplo a obesidade; aos fatores de risco psicossociais, como a estimulação a nível social e intelectual; e também em relação aos estilos de vida saudável (Fernandes, 2014).

De acordo com um estudo de Wang e colaboradores (2002), que teve como objetivo estudar o impacto da interação social e estimulação intelectual no risco de demência em adultos idosos não institucionalizados, conclui-se que atividades de estimulação, mental e social, podem ser protetoras do risco de demência, bem como prevenir o declínio mental.

Depressão e sintomatologia depressiva nos adultos idosos

Os fatores de risco para as perturbações mentais podem ser agrupados em fatores biológicos, psicológicos e sociais (Gonçalves, 2014).

De acordo com Charney et al. (2003), a relação entre o desenvolvimento de depressão e o respetivo impacto é bidirecional. Por outras palavras, um determinado fator pode aumentar a probabilidade de um episódio depressivo, assim como esse episódio pode reforçar esse determinado fator. Um exemplo deste ciclo depressivo é a associação da solidão com o desenvolvimento da depressão nos adultos idosos, podendo essa mesma depressão, por sua vez, levar a um maior isolamento social (Gonçalves, 2014).

Segundo Fiske et al. (2009), a relação entre depressão e deterioração cognitiva também é bidirecional e dinâmica, à semelhança de outros fatores de risco. Ou seja, se por um lado a sintomatologia depressiva pode encontrar

explicação nas mudanças cognitivas sentidas pelo indivíduo, essas mesmas mudanças podem despoletar sucessivos episódios depressivos (Fiske et al., 2009).

No que diz respeito à relação entre depressão e envolvimento social, Vink et al. (2008) referem que aspetos quantitativos da rede social, assim como a frequência dos contactos sociais e o número de vínculos disponíveis para prestar suporte em caso de necessidade, estão associados ao desenvolvimento de depressão nos adultos idosos. De acordo com um estudo longitudinal com população não clínica e residente na comunidade (i.e., não institucionalizados), realizado por Glass et al. (2006), cujo objetivo foi investigar se o envolvimento social é um fator protetor em relação ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva em adultos idosos, conclui-se que o envolvimento social tem uma influência, transversal e constante no tempo, sobre os sintomas depressivos. É importante referir também que, de acordo com um estudo desenvolvido por Djernes (2006), a prevalência de depressão *major*² entre adultos idosos a viver na comunidade (0,9% a 9,4%) é consideravelmente menor comparativamente com a prevalência da mesma entre adultos idosos a viver em instituições (14% a 42%).

Envolvimento Social na velhice

Atualmente não existe uma definição consensual de envolvimento social. Os termos que surgem na literatura, frequentemente associados a esta variável são: participação social, suporte social e redes sociais (Bath & Deeg, 2005). Não obstante, de acordo com Bath e Deeg (2005), o suporte social pode ser definido como o apoio de que o indivíduo beneficia a nível emocional e instrumental; e, por sua vez, as redes sociais estão relacionadas com o número de contactos com amigos ou vínculos próximos, grupos sociais e organizações. De facto, torna-se difícil definir o envolvimento social, sem o diferenciar das outras conceções que lhe são associadas, uma vez que existe uma relação entre os conceitos (Bath & Deeg, 2005). De acordo com um estudo desenvolvido por Levasseur et al. (2010), a chave para diferenciar o conceito de

² A depressão *major* é caracterizada pela presença de episódios depressivos recorrentes com duração de pelo menos 2 semanas (American Psychiatric Association, 2013). Uma vez que pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de

interesse ou prazer, o episódio depressivo é caracterizado por pelo menos 5 sintomas, entre eles: insónia ou hipersónia, fadiga ou diminuição de energias, perda ou ganho de peso significativos (APA, 2013).

envolvimento social de outras concepções tem que ver com o facto de este considerar uma interação do indivíduo com o contexto, enquanto as restantes concepções traduzem apenas o contexto onde a pessoa está inserida. No presente estudo, haverá um enfoque no envolvimento social enquanto processo de interação com o meio, desde uma interação mais formal (por exemplo, na participação em eventos da comunidade) a uma mais informal (por exemplo, o apoio familiar).

De acordo com Rohr e Lang (2009), as funções adaptativas do envolvimento social em idade avançada têm sido foco de grande controvérsia nos conceitos recentes de envelhecimento saudável. Nesse sentido, diversos estudos foram realizados de forma a alcançar uma maior compreensão da importância do envolvimento social e variáveis subjacentes no bem-estar dos adultos idosos, entre elas, a educação, o nível socioeconómico, a idade, o género e o estado civil (Bukov et al., 2002; Harwood et al., 2000; Thomas, 2011). De acordo com Rowe e Kahn (1999), a componente-chave para um envelhecimento bem-sucedido é o envolvimento ativo com a vida, independentemente do funcionamento cognitivo e motor ou da ausência de doença do indivíduo. Portanto, o envolvimento social é visto, de acordo com este modelo, como imprescindível para uma vida saudável. Num estudo longitudinal que tinha por objetivo avaliar a relação entre a prática habitual de exercício físico e o índice de bem-estar psicológico em adultos idosos não institucionalizados, através da aplicação de diferentes inventários e escalas, incluindo a Escala de Envolvimento Social (Morgan et al., 1987), Morgan e Bath (1998) verificaram que a atividade física contribui de forma independente para a promoção e manutenção do bem-estar psicológico dos adultos idosos.

É de referir ainda que outros estudos apontam para a relação existente entre envolvimento social e taxa de mortalidade, depressão, deterioração cognitiva e declínio funcional (e.g., Avlund et al., 2004; Hong et al., 2009; Wang et al., 2002).

Com o objetivo de analisar o impacto de duas condições sociais diferentes (adultos idosos institucionalizados ou frequentadores de centros de convívio) sobre o declínio mnésico, risco de demência e depressão e envolvimento social, e atendendo aos estudos que demonstram o envolvimento social como fator protetor no

declínio mnésico (e.g., Zunzunegui et al., 2003), risco de demência (e.g., Wang et al., 2002) e depressão (e.g., Glass et al., 2006), propõe-se a hipótese de que 1) os adultos idosos institucionalizados diferem significativamente dos frequentadores de centros de convívio no declínio mnésico, risco de demência e depressão e envolvimento social, sendo os adultos idosos institucionalizados mais prejudicados, dadas as características associadas à institucionalização, como a inatividade, monotonia e passividade nas rotinas e relacionamentos (Guedes, 2014). Considerando os resultados de investigações que procuraram estudar os fatores preditores do declínio mnésico, da demência e da depressão nos adultos idosos (e.g., Avlund et al., 2004; Hong et al., 2009; Wang et al., 2002), e a confirmar-se a primeira hipótese, propõe-se que 2) a condição social, - residir num lar ou ser frequentador de centros de convívio -, seja preditora do declínio mnésico, do risco de demência e de depressão e do envolvimento social dos adultos idosos.

Método

Participantes

Participaram no estudo 38 adultos idosos da ilha Terceira, Açores: 18 participantes institucionalizados – residentes em Lar (nove homens e nove mulheres) com idades compreendidas entre os 67 e os 95 anos (média: 81,78; desvio-padrão: 8,61) e média de escolaridade de 2,94 anos, e 20 frequentadores de dois Centros de Convívio (20 mulheres), com idades compreendidas entre 65 e 83 anos (média: 71,60; desvio-padrão: 5,98) e média de escolaridade de 3,80 anos.

Foram obtidos dados acerca do estado civil e da profissão de todos os participantes (Tabela 1), tendo sido as profissões divididas em dois grupos: Manual e Intelectual. A designação de Manual diz respeito a profissões relacionadas com agricultura, pecuária e atividade piscatória; a designação Intelectual, por sua vez, diz respeito a profissões como contabilista e comerciante. No estudo, não foram incluídos participantes com diagnóstico de depressão, demência e psicopatologias, indivíduos com outras situações sinalizadas (e.g., alcoolismo), assim como

Tabela 1. Características demográficas da amostra

	Lar		Centros de convívio	
	N	%	N	%
Mulheres	9	50	20	100
Homens	9	50	0	0
Estado civil				
Casado	3	16,7	15	75
Solteiro	3	16,7	0	0
União de Facto	1	5,5	0	0
Divorciado	0	0	0	0
Viúvo	11	61,1	5	25
Profissão				
Manual	17	95	18	90
Intelectual	1	5	2	10

peçoas cuja autonomia estivesse comprometida nas atividades básicas de vida diária (e.g., fazer a sua higiene) ou nas atividades instrumentais de vida diária (e.g., ir ao supermercado). Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Instrumentos

Escala de Barthel

A Escala de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) foi utilizada aquando da seleção dos participantes, para avaliar o grau de independência na realização de 10 atividades básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Numa escala de 0 a 100, valores de 0-20 indicam dependência total; de 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 dependência leve e 100 independência. O estudo de adaptação da escala para Portugal (Araújo et al., 2007) indica um nível de fidelidade elevado (Alfa de Cronbach de 0,96).

Mini Mental State Examination (MMSE)

O MMSE é um teste de rastreio cognitivo elaborado por Folstein et al. nos anos 70 (Folstein et al., 1975) e validado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). Este teste inclui 11 itens, com tarefas de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade visuo-perceptiva. O resultado é o

somatório de todos os itens podendo variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico variam de acordo com a escolaridade (analfabetos ≤ 15 ; 1-11 anos ≤ 22 ; mais que 11 anos ≤ 27). Tendo sido utilizado para a seleção dos participantes, foram empregues as normas para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994).

Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição (EMW-III)

Trata-se de uma escala da autoria de Weschler (2008) usada na identificação de pessoas com risco de deterioração cognitiva, através da avaliação da aprendizagem, memória e memória de trabalho. É constituída por 11 subtestes, seis dos quais são provas principais (Memória Lógica I e II, Pares de Palavras I e II, Sequência de Letras e Números, Faces I e II, Cenas de Família I e II e Localização Espacial) e cinco são provas complementares e opcionais (Informação e Orientação, Listas de Palavras, Controlo Mental, Memória de Dígitos e Reprodução Visual). Na aferição portuguesa, os coeficientes de fidelidade para os Índices Principais variam entre .77 e .93, com uma mediana de .88.

Escala de Avaliação da Demência – 2 (EAD-2)

A escala de avaliação de diferentes graus de demência foi elaborada por Jurica, Leitten e Mattis (2001, 2010). É composta por cinco subescalas: Atenção (oito tarefas), Iniciação/Perseveração (11 tarefas), Construção (seis tarefas), Conceptualização

(seis tarefas) e Memória (cinco tarefas). A escala foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Cavaco e Teixeira-Pinto (2011), com normas para indivíduos analfabetos (pontuação bruta de 0 a 144) e com dois ou mais anos de escolaridade (pontuação bruta de 0 a 129). A escala apresenta uma adequada validade de construto, quer para o grupo de indivíduos analfabetos ($r=.624$; $p<.001$) quer para o grupo de indivíduos com mais de dois anos de escolaridade ($r=.369$; $p<.001$) entre a pontuação total ajustada da DRS-2 e o MMS (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011). Quanto mais elevado o valor na escala, menor o grau de demência.

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

O instrumento de diagnóstico de depressão em adultos idosos, elaborado por Sheikh e Yesavage (1986) e adaptado para a população portuguesa por Apóstolo et al. (2007), foi utilizado para avaliar a presença de sintomatologia depressiva. Trata-se de uma escala de autoavaliação em que as respostas são assinaladas pelo examinador, com 15 itens e duas alternativas de resposta (sim – um ponto, ou não – 0 pontos; itens 1, 5, 11 e 13 com cotação inversa), consoante o modo como o idoso se tem sentido na semana anterior. O resultado final resulta do somatório das respostas (valores <5 , sem depressão; >5 depressão ligeira; >10 depressão grave). O estudo de adaptação da escala em Portugal revela uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach de .83) (Apóstolo et al., 2007).

Escala de Envolvimento Social (EES)

Para avaliar o envolvimento social foi utilizada a escala de Morgan et al. (1987) que avalia o grau em que os indivíduos se envolvem simbolicamente ou ativamente no meio social. Consiste em 20 itens pontuados dicotomicamente (um valor para sim, e 0 para não), aplicados sob a forma de entrevista estruturada. O valor de coeficiente de precisão Alfa de Cronbach do estudo original é de .70 e do presente estudo, .78.

Procedimento

Depois de selecionados os participantes de acordo com os critérios anteriormente referidos (e.g., sem diagnóstico de demência), foram realizadas três sessões de aplicação individual dos

cinco instrumentos, na seguinte ordem: 1) MMSE e EDG-15; 2) EAD-2 e 3) EMW-III e EES. A primeira sessão teve uma duração de aproximadamente 15 a 20 minutos; a segunda de 25 a 30 minutos; e a terceira sessão de 40 minutos.

A aplicação da Escala de Envolvimento Social foi realizada sob a forma de entrevista estruturada, sendo as respostas assinaladas pelo examinador.

As escalas foram aplicadas a todos os participantes, não se tendo registado dificuldades inesperadas na realização das mesmas. Foi feita uma seleção prévia dos subtestes da EMW-III, nomeadamente Memória Lógica I, Pares de Palavras I, Faces I e Cenas de Família I, de modo a não sobrecarregar os participantes e a evitar possíveis efeitos de cansaço.

Resultados

A Tabela 2 apresenta as médias e desvios-padrão dos resultados brutos obtidos pelos participantes das duas condições sociais nos diferentes instrumentos utilizados: Escala de Memória de Weschler – 3ª Edição (EMW-III), Escala de Avaliação da Demência – 2 (EAD-2), Escala de Depressão Geriátrica – 15 (EDG-15) e Escala de Envolvimento Social (EES). Os dois grupos não diferem significativamente no que se refere aos níveis de escolaridade [$t(36)=-1,88$, $p=.07$], com a amostra de frequentadores de Centros de Convívio a apresentar um nível de escolaridade em média de 3,80, com um desvio-padrão de 0,83 e a amostra dos participantes do Lar com a média de 2,94, e desvio-padrão de 1,76.

As análises de variância (ANOVA) realizadas revelaram diferenças significativas entre as duas condições sociais (Lar e Centros de Convívio) quanto ao funcionamento mnésico [$F(1,36)=24,43$, $p<.001$], em que os adultos idosos institucionalizados apresentam um desempenho mnésico mais deficitário; quanto ao risco de demência [$F(1,36)=27,38$, $p<.001$], sendo os adultos idosos residentes em Lar mais vulneráveis a este risco; ao grau de sintomatologia depressiva [$F(1,36)=6,21$, $p<.05$], em que os níveis mais elevados correspondem à amostra de adultos idosos em Lar; e também, ao envolvimento social [$F(1,36)=27,90$, $p<.001$], onde os adultos idosos residentes na instituição exibem valores menores.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão dos instrumentos nas duas condições sociais, lar e centros de convívio

	Amplitude	Centro de convívio (n=20)		Lar (n=18)		Total (n=38)	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade		71,6	5,98	81,78	8,61	76,42	8,89
EMW-III	0-219	117,55	27,08	72,33	29,32	96,13	35,98
EAD-2	0-129/144	129,5	13,7	101,22	19,4	116,11	21,77
EDG-15	0-15	4,5	3,89	7,33	3,01	5,84	3,74
EES	0-20	14,2	2,69	9,56	2,73	12	3,56

Tabela 3. Coeficientes de correlação de Pearson entre variáveis

	Idade	Escolaridade	Género	EAD-2	EMW-III	EES	EDG-15
Idade		-.30	.39*	-.48**	-.61**	-.56**	.26
Escolaridade			-.16	.66**	.44**	.33*	-.12
Género				-.33*	-.33*	-.49**	.11
EAD-2					.69**	.54**	-.31
EMW-III						.45**	-.20
EES							-.58**
EDG-15							

* Significativo para .05. ** Significativo para .01

Correlações entre as variáveis do estudo

Na Tabela 3 encontram-se os coeficientes de correlação entre os resultados obtidos nos diversos instrumentos e as variáveis idade, escolaridade e género.

É possível verificar (Tabela 3) que a Idade se correlaciona significativamente com as variáveis Demência, Envolvimento Social e Memória. Isto é, idades mais avançadas associam-se a um maior risco de demência, pior desempenho mnésico, e menor envolvimento social. A variável Escolaridade apresenta correlações significativas com as variáveis Memória, Envolvimento Social e Demência. Por outras palavras, níveis mais elevados de escolaridade estão relacionados com um menor risco de demência, melhor desempenho mnésico, e maior envolvimento social. Relativamente à variável Género, verifica-se que esta se correlaciona com a Demência, Memória, e Envolvimento Social, ou seja, mulheres apresentam níveis menores de demência, maior desempenho mnésico e envolvimento social. Por sua vez, verifica-se que a variável Demência se relaciona com a Memória e com o Envolvimento Social, ou seja, subjacente ao maior risco de demência está um pior desempenho

mnésico e menor envolvimento social. Já a variável Memória está correlacionada com o Envolvimento Social, o que significa que melhor desempenho mnésico está associado a maior envolvimento social. E, por último, a variável Envolvimento Social apresenta-se relacionada com a Depressão. Ou seja, um maior nível de envolvimento social associa-se a menor risco de depressão.

Análises de Regressões Hierárquicas

Previamente às análises de regressão, para averiguar um eventual efeito do género no grupo de indivíduos pertencentes a lares, testaram-se as diferenças entre homens (N=9) e mulheres (N=9), recorrendo ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Não se encontraram quaisquer diferenças significativas para a idade (U=46.00, $p > .10$), Demência (U=48.00, $p > .10$), Memória (U=45.00, $p > .10$), Envolvimento Social (U = 31.50, $p > .10$) e Depressão (U=31.50, $p > .10$). Desta forma, acreditamos que apesar da amostra total conter um maior número de mulheres, o efeito deste possível viés se encontra minimizado. Por este motivo, as análises de regressão hierárquica contemplam as variáveis género e idade.

Realizaram-se análises de regressões hierárquicas para investigar qual ou quais os preditores de demência (Tabela 4), do risco de depressão (Tabela 5), do envolvimento social (Tabela 6) e da memória (Tabela 7), com as variáveis de controlo, idade, escolaridade e género (primeiros três passos de regressão).

Nas três primeiras análises de regressão (variáveis dependentes: demência, depressão e envolvimento social), o desempenho mnésico entrou no quarto passo. Na quarta análise (variável dependente: memória) o envolvimento social entrou no quarto passo. No quinto passo, entrou o envolvimento social para as duas primeiras análises de regressão e o risco de demência e de depressão respetivamente na terceira e quarta análise. Por sua vez, a variável Condição (Lar e Centros de Convívio) entrou sempre no último passo, de modo a estimar o seu efeito, visto ser um dos principais objetivos do estudo, o impacto da condição social nas diferentes variáveis.

Tabela 4. Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do risco de demência

Passo	Preditores	EAD-2			
		R ²	Δ R ²	ΔF	β
1	Idade	.23	.23	10.67***	-.48
2	Escolaridade	.52	.29	21.35***	.57
3	Género	.54	.02	1.13	-.14
4	EMW-III	.65	.11	10.10***	.44
5	EES	.67	.03	2.67	.22
6	Condição	.71	.04	4.37*	-.34

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

A análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do risco de demência (Tabela 4) mostra que a Idade e a Escolaridade representam 23% e 29% da variância do risco de Demência. A Capacidade Mnésica adicionou 11% da variância explicada. Por último, a variável condição explica 4% adicionais da variância. Analisando os valores de β, quanto mais avançada a idade, maior o risco de demência; quanto maior nível de escolaridade, menor o risco de demência; quanto melhor desempenho mnésico, menor risco de demência; e residir num lar reflete um maior risco de demência.

Na totalidade, as variáveis consideradas explicam 71% da variância do desempenho na escala da demência.

Tabela 5. Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do risco de depressão

Passo	Preditores	EDG-15			
		R ²	Δ R ²	ΔF	β
1	Idade	.07	.07	2.51	.26
2	Escolaridade	.07	.00	0.07	-.05
3	Género	.07	.00	0.00	.01
4	EMW-III	.07	.00	0.09	-.07
5	EES	.38	.31	16.26***	-.74
6	Condição	.40	.02	0.85	.22

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

O estudo dos preditores do risco de depressão (Tabela 5) indica que o Envolvimento Social explica 31% da variância no risco de Sintomatologia Depressiva. Através da análise dos valores de β, é possível verificar que quanto maior o nível de envolvimento social, menor o risco de depressão.

Relativamente à análise dos preditores do Envolvimento Social (Tabela 6), a variável Idade explica 31% da variância deste. Já a variável Género adicionou 8% da variância explicada. De acordo com os valores de β, quanto mais avançada a idade, menor o envolvimento social; e adultos idosos do género feminino apresentam maiores níveis de envolvimento social.

Tabela 6. Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de envolvimento social

Passo	Preditores	EES			
		R ²	Δ R ²	ΔF	β
1	Idade	.31	.31	16.54***	-.56
2	Escolaridade	.34	.03	1.58	.18
3	Género	.43	.08	5.03*	-.32
4	EMW-III	.43	.00	0.17	.07
5	EAD-2	.48	.04	2.67	.35
6	Condição	.52	.05	3.10	-.37

* p≤.05; ** p≤.01; *** p≤.001

Por último, na análise de regressão hierárquica realizada para examinar os preditores do nível de memória (Tabela 7), verifica-se que a Idade e a Escolaridade explicam 37% e 7%, respetivamente, da variância do nível da Memória. A condição social explica 10% adicionais de variância. Analisando os valores de β , pode dizer-se que quanto mais avançada a idade, maior o risco de declínio mnésico; quanto mais elevada a escolaridade, melhor o desempenho mnésico; e que residir num lar prediz um maior risco de declínio mnésico do que frequentar centros de convívio.

Tabela 7. Sumário da análise de regressão hierárquica para o estudo dos preditores do nível de memória

Passo	Preditores	EWM-III			
		R ²	ΔR^2	ΔF	β
1	Idade	.37	.37	20.79***	-.61
2	Escolaridade	.44	.07	4.64*	.29
3	Género	.45	.01	0.42	-.09
4	EES	.45	.00	0.17	.07
5	EDG-15	.45	.00	0.01	-.01
6	Condição	.55	.10	6.52*	-.48

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto de duas condições sociais (residir num Lar ou frequentar Centros de Convívio), sobre o declínio mnésico, o risco de demência e depressão e o envolvimento social em adultos idosos açorianos.

A primeira hipótese, de que os adultos idosos residentes num Lar têm um declínio mnésico mais marcado, um maior risco de demência e depressão e menor envolvimento social do que os adultos idosos frequentadores de Centros de Convívio, foi corroborada pelas análises de variância. De facto, verificou-se que os adultos idosos, em função das condições - Lar e Centros de Convívio - apresentam diferenças significativas quanto ao funcionamento mnésico, com os adultos idosos institucionalizados a apresentar um desempenho mnésico mais deficitário; quanto ao risco de demência, com os adultos idosos residentes em Lar a revelar mais vulnerabilidade; quanto ao grau de

sintomatologia depressiva, mais elevado nos adultos idosos residentes em Lar; e quanto ao envolvimento social, com os adultos idosos residentes na instituição a apresentar níveis menores.

A segunda hipótese, segundo a qual a condição social é preditora do desempenho mnésico, dos riscos de demência e depressão e do envolvimento social dos adultos idosos, foi parcialmente corroborada, como demonstrado pelas análises de regressão hierárquica. Relativamente ao declínio mnésico, os resultados apontam para o facto de que residir num Lar prediz um maior risco deste declínio comparativamente com frequentar Centros de Convívio (a condição social explica 10% da variância do desempenho mnésico). Em relação ao risco de demência, a condição social residir em Lar reflete um maior risco do que a outra (4% da variância de risco de demência é explicado pela condição social). Contudo, no que concerne ao risco de depressão e envolvimento social, a condição social não se revelou preditora. Talvez este resultado se tenha devido ao facto de outras variáveis terem assumido um papel mais preponderante na predição destas duas variáveis. De facto, a variável mais preditora de risco de depressão foi o envolvimento social, com 31% de variância explicada (quanto maior o nível de envolvimento social, menor o risco de depressão) e, o maior preditor de envolvimento social foi a idade, com 31% da variância explicada (quanto mais idade, menos envolvimento social) e, também, o género, com 4% da variância explicada (adultos idosos do género feminino apresentam maiores níveis de envolvimento social).

Estes resultados, por sua vez, podem também refletir as características demográficas das duas amostras. Os adultos idosos do Lar apresentaram uma média de idades significativamente mais elevada (média de 81,78 anos) do que os frequentadores de Centros de Convívio (média de 71,6 anos), o que, por si só, e de acordo com a revisão da literatura (e.g., Bukov et al., 2002; Harwood et al., 2000), exerce elevada influência no envolvimento social. Assim, talvez se a variável idade tivesse sido emparelhada nas duas condições (Lar vs. Centro de Convívio), se encontrasse um papel preditivo da condição no envolvimento social. O mesmo se aplica às diferenças de género das amostras (o Lar incluiu nove homens e nove

mulheres, e os Centros de Convívio 20 mulheres, isto é, a integralidade desta amostra). O género feminino revelou-se preditor de um maior envolvimento social, o que vai ao encontro de resultados de estudos anteriores (e.g., Thomas, 2011). O facto de a amostra de Centros de Convívio ser constituída só por mulheres, e o Lar contemplar apenas nove mulheres, possivelmente contribuiu para que a variância fosse mais explicativa para o género do que para a condição social.

Relativamente ao risco de depressão, o facto de o envolvimento social ser o maior preditor, em congruência com investigações anteriores (e.g., Vink et al., 2008), pode ser explicado pelas mesmas razões. Caso as características demográficas das duas condições fossem homogéneas (em idade e género), poder-se-ia esperar um efeito da condição sobre o risco de depressão, ou seja, que residir num Lar fosse um fator explicativo de menor envolvimento social, e caso assim fosse, possivelmente, residir em Lar apresentar-se-ia como fator preditor de risco de depressão.

Limitações e estudos futuros

Como limitações do estudo, faz sentido apontar a dificuldade de encontrar uma homogeneidade entre os dois grupos, relativamente a algumas variáveis (e.g., idade, género, escolaridade). Se tal tivesse sido possível, talvez o efeito da condição tivesse sido ainda mais marcado e surgisse como preditor de todas as variáveis em estudo, permitindo fazer mais comparações de grupo.

Em segundo lugar, é de referir que a amostra de Centros de Convívio não representa a generalidade dos Centros de Convívio da ilha relativamente ao género. De facto, aquando do pedido de participação no estudo, foi possível verificar que alguns dos Centros de Convívio contavam com indivíduos de ambos os géneros; contudo, foram selecionados estes dois Centros de Convívio mediante a disponibilidade e interesse dos mesmos em participar. Uma das razões que pode ser explicativa destes dois Centros de Convívio serem frequentados apenas por mulheres, são as atividades lá desenvolvidas que pontuam maioritariamente por tarefas tipicamente mais femininas como bordar, fazer renda, costura, atividades estas que são delineadas pelos próprios frequentadores. Quer a dinâmica, quer a frequência

de participação nos Centros de Convívio são estipuladas pelos próprios adultos idosos e pela disponibilidade do espaço em questão, estando estes dois Centros de Convívio em funcionamento duas vezes por semana. Por sua vez, é notória a diferença ao nível do funcionamento dos Centros de Convívio e Lares, em que os Lares beneficiam de intervenção técnica diária nas atividades de animação sociocultural, tendo sempre por base as motivações dos utentes que lá residem.

Em terceiro lugar, pode referir-se que a amostra é pequena, 38 participantes, tendo o estudo incluído apenas um Lar de idosos e dois Centros de Convívio. Com uma amostra de maior dimensão seria possível realizar uma análise estatística mais sofisticada (e.g., análise Path).

Em quarto lugar, é de salientar o facto da amostra deste estudo não ser representativa da população portuguesa, uma vez que os participantes são residentes na ilha Terceira, que tem as suas particularidades a nível cultural. Contudo, contribuiu para compreender a dinâmica desta população específica, tendencialmente envelhecida, característica comum a Portugal Continental.

Em futuras investigações, seria interessante incluir o estado civil dos adultos idosos como variável independente. Este aspeto não foi contemplado neste estudo, dado o número de variáveis ser já alargado para os modelos de regressão realizados.

Implicações práticas

Como observado nos resultados deste estudo, os residentes de Lar apresentam menores níveis de envolvimento social comparativamente com os adultos idosos frequentadores de Centros de Convívio, e o envolvimento social revelou ser um fator preditor do risco de depressão. Estes resultados apontam no mesmo sentido do estudo desenvolvido por Djernes (2006), em que a prevalência de depressão major entre adultos idosos a viver na comunidade é consideravelmente menor comparativamente à de adultos idosos a viver em instituições (0,9% a 9,4% em adultos idosos a viver na comunidade e 14% a 42% em institucionalizados).

Assim, partindo dos resultados do presente estudo e de estudos anteriores (e.g., Djernes, 2006), e tendo por base as características da cultura

açoriana repleta de hábitos e costumes tão peculiares e louvados, como implicações práticas, parece fazer sentido apelar a uma maior integração dos adultos idosos institucionalizados nesses mesmos hábitos e costumes que não só promovem o seu envolvimento social, mas também lhes permitem recordar e reviver vivências agradáveis. No mesmo sentido, parece essencial recorrer, também, à promoção de encontros intergeracionais que proporcionem aos adultos idosos, em particular institucionalizados, momentos de partilha das suas experiências, permitindo potenciar o bem-estar psicológico e social dos mesmos que, por sua vez, terá impacto direto no seu bem-estar físico. Não obstante, é importante contemplar cada vez mais, os ambientes físicos e sociais que estão na base da diversidade da população idosa, não definindo um nível ou limiar específico de funcionamento, mas sim uma necessidade de adequação às necessidades de cada indivíduo idoso (OMS, 2015).

Agradecimentos

Agradecemos a todos os participantes do estudo a sua pronta e interessada participação e aos responsáveis pelas instituições a sua prestável colaboração. Agradecemos também aos revisores anónimos cujo contributo permitiu melhorar o manuscrito.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2007). Propriedades psicométricas da escala de depressão, ansiedade e stresse (DASS-21), numa amostra não clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, 66-76.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(1), 85- 99.
- <https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.08.003>
- 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.
- <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bath, P. A., & Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people: Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2(1), 24-30.
- <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0019-4>
- Bourgeois-Guérin, V., Millette, V., & Lachance, J. (2021). Communication and silence surrounding the experience of bereavement of older adults living in seniors' residences. *Journal of Humanistic Psychology*, 0(0).
- <https://doi.org/10.1177/0022167821995352>
- Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T., (2002). Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journals of Gerontology*, 57(6), 510-517.
- <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.P510>
- Charney, D. S., Reynolds, C. F., Lewis, L., Lebowitz, B. D., Sunderland, T., Alexopoulos, G. S., ... & Young, R. C. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 664-672.
- <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.664>
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009) Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374 (9696), 1196-1208. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/>
- Costa Jr., P. L., Yang, J., & McCrae, R. R. (1998). Aging and Personality Traits: Generalisations and Clinical Implications. In: I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (pp.33-48).

- Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(5), 372-387.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x>
- European Opinion Research Group (2003). The mental health status of the European population. *Directorate-General Press and Communication "Opinion Polls, Europe Direct"*. SANCO Directorate General, Brussels, 27.
- Erber, J. T. (2013). *Aging & Older Adulthood* (3ªed.). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Fernandes, A. (2014). Saúde, doença e (r)evolução demográfica. In: A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 9-28). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fialho, A., & Condessa, I. (2013). (Re)Aprender a brincar: memória de infância dos seniores das ilhas Terceira e Graciosa. In: T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Pimentel, & A. Fialho (Eds.). *Envelhecer e Conviver* (pp. 153-170). Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 363-389.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (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.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In: A. M. Fonseca (Ed.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 353-367). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fuller-Iglesias, H.R., & Rajbhandari, S. (2016). Developmental of a multidimensional Scale of Social Integration in Later Life. *Research on Aging*, *38*(1), 3-25.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gallardo-Peralta, L., Sánchez-Iglesias, I., Galdós, S., Lopez de Roda, A., & Sánchez-Moreno, E. (2021). Validación del Cuestionario de Apoyo Social Percibido en una muestra multiétnica de personas mayores chilenas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *1*(58), 79-91.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.07>
- Glass, T. A., De Leon, C. F., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, *18*(4), 604-628.
<https://doi.org/10.1177/0898264306291017>
- Gonçalves, D. (2014). Cuidados psicológicos: A depressão em idosos. In: A. M. Fonseca (Ed.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 353-367). Lisboa: Coisas de Ler.
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., Silva, J. A., Almeida, M. C., Fernandes, A., & ... Xavier, M., (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *34*(2), 134-143.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.002>
- Guedes, J. (2014). Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In: A. M. Fonseca (Ed.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 183-218). Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerreiro, M. P. S. A., 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.
- Harwood, R. H., Pound, P., & Ebrahim, S. (2000). Determinants of social engagement in older men. *Psychology, Health & Medicine*, *5*(1), 75-85.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/13548500106025>
- Herrera-Reviero, M., Hernández-Aguilar, M. E., Manzo, J., & Aranda-Abreu, G. E. (2010). Enfermedad de alzheimer: inmunidad y diagnóstico. *Revista de Neurologia*, *51*(3), 153-164.

- Hong, S., Hasche, L., & Bowland, S. (2009). Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older adults. *The Gerontologist*, 49(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnp006>
- Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective*. Pearson Education.
- INE (2020). Anuário estatístico de Portugal 2021. Retirado de
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESStipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107683&selTab=tab0&xlang=pt
- Jurica, P. J., Leitten, C. L., & Mattis, S. (2001). Dementia Rating Scale-2 (DRS-2). Lutz, FL: PAR.
- Jurica, P. J., Leitten, C. L., & Mattis, S. (2010). DRS-2: Escala de Avaliação da Demência-2: Manual Técnico. [Adaptação e validação portuguesa: S. Cavaco e A. Teixeira-Pinto]. Lisboa: Cegoc
- Krueger, K. R., Wilson, R. S., Kamenetsky, J. M., Barnes, L. L., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2006). Social Engagement and Cognitive Function in Old Age. *Journal Experimental Aging Research*, 35(1), 45-60.
<https://doi.org/10.1080%2F03610730802545028>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141- 2149.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Lisko, I., Kulmala, J., Annetorp, M., Ngandu, T., Mangialasche, F., & Kivipelto, M. (2022). How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? *Journal of Internal Medicine*, 289(6), 807-830.
<https://doi.org/10.1111/joim.13227>
- Luck, T., Riedel-Heller, S. G., Lupp, M., Wiese, B., Wollny, A., Wagner, M., & ... Kaduszkiewicz, H. (2010). Risk factors for incident mild cognitive impairment – results from German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCode). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 260-272.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01481.x>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Meléndez, J. C., Agusti, A. I., & Satorres, E. (2020). ¿ Existe un Sesgo de Sobregeneralización y un Efecto de Positividad Relacionado con la Edad?. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(55), 151-160.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.01>
- Morgan, K., & Bath, P. A. (1998). Customary physical activity and psychological wellbeing: A longitudinal study. *Age and Ageing*, 27(3), 35-40.
https://doi.org/10.1093/ageing/27.suppl_3.35
- Morgan, K., Dalosso, H. M., Arie, T., Byrne, E. J., Jones, R., & Waite, J. (1987). Mental health and psychological well-being among the old and the very old living at home. *British Journal of Psychiatry*, 150, 801-807.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.801>
- OMS (2013). Demencia: Una prioridad de salud publica. Retirado de
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/98377>
- OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Retirado de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Park, D. C., Lauthenchler, G., Hedden, T., Davidson, N. S., Smith, A. D., & Smith, P. K. (2002). Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology and Aging*, 17, 299-320.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.17.2.299>
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In: C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes soluções. In: A. M. Fonseca (Ed.). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*

- (pp. 353-367). Lisboa: Coisas de Ler.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). The future of aging. *Contemporary Longterm Care*, 22(2), 36-8.
- Rohr, M. K., & Lang, F. R. (2009). Aging well together – mini-review. *Gerontology*, 55 (3), 333-43. <https://doi.org/10.1159/000212161>
- Saczynski, J. S., Pfeifer, L. A., Masaki, K., Korf, E. S. C., Laurin, D., White, L., & Launer, L. J. (2006). The effect of social engagement on incident dementia: The Honolulu-Asia Aging Study. *American Journal of Epidemiology*, 163(5), 433-440. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj061>
- Serafim, F. M. M. P. (2007). Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Educação. Algarve. Retirado de: <http://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/659>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J018v05n01_09
- SREA (2020). Anuário estatístico da região autónoma dos Açores 2020. Retirado de: https://srea.azores.gov.pt/Conteudos/Relatorios/lista_relatorios.aspx?idc=392&idsc=6452&lang_id=1
- Thomas, P. A. (2011). Trajectories of social engagement and limitations in late life. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 430-443. <https://doi.org/10.1177/0022146511411922>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106 (1-2), 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioli, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: A longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology*, 155(12), 1081-1087. <https://doi.org/10.1093/aje/155.12.1081>
- Weschler, D. (2008). *Escala de Memória de Wechsler (WMS-III)*. Lisboa: Cegoc.
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120, 272-292. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.2.272>
- Winningham, R. G., & Pike, N. L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalised older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging Mental Health*, 11(6), 716-721. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860701366228>
- 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. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B (2), 93-100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S93>