



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Suporte Social e Cognição em Idosos Institucionalizados da Beira Interior

Versão Definitiva Após Defesa Pública

Jéssica Marques Fonseca

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof.^a Doutora Rosa Marina Lopes Brás
Martins Afonso
Co-Orientador: Prof. Doutor Henrique Marques Pereira

Covilhã, Agosto de 2018

Dedicatória

Aos meus pais, pelos valores que me inculcaram e que acompanham o meu percurso.

À minha avó, que sempre me ajudou e apoiou de uma forma incansável durante todo o percurso académico.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.^a Doutora Rosa Marina Afonso, quero agradecer por todo o apoio, compreensão e disponibilidade, assim como, a força e motivação que sempre me transmitiu desde o início até à conclusão da mesma. Quero ainda agradecer por todas as orientações e pela forma incansável em responder às minhas dúvidas e esclarecimento das mesmas.

Ao Prof. Doutor Henrique Marques Pereira, agradeço todo o apoio e sugestões realizadas ao longo desta dissertação.

A toda a equipa do Projeto ICON, pela dedicação no trabalho desenvolvido, com o objetivo de identificar fatores de risco, promover a detenção precoce e o desenvolvimento de tratamentos inovadores para doenças neurodegenerativas, assim como contribuir para a identificação de fatores genéticos, ambientais, metabólicos e imunológicos que constituem um risco para as doenças neurodegenerativas.

Aos meus pais que nunca me deixaram desistir em momento algum e sempre me incentivaram e apoiaram para que eu atingisse o meu objetivo, bem como pela educação e valores que me transmitiram e por serem o pilar da minha vida. Quero ainda agradecer por todo o carinho e amor que me demonstram todos os dias, assim como, pelas palavras de conforto e ânimo nos dias menos bons. Pois graças a vocês, sei que a palavra “Desistir” não é a melhor forma de desenvolvimento. Vós sois a minha fonte de motivação e inspiração, dos quais tenho um orgulho enorme.

Aos meus avós, tios, primas e restantes familiares por todo o apoio e motivação ao longo de todo o percurso académico.

Resumo

O processo de envelhecimento está associado a perdas e alterações a diversos níveis quer a nível social, cognitivo e funcional. O suporte social é fundamental, também na velhice, para a adaptação às mudanças, adaptação e superação de situações adversas. Além disso, funciona como um retardador do declínio cognitivo. Este estudo integra-se no projeto *Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration* (ICON- CICS & UBI), que pretende identificar fatores de risco, promover a deteção precoce e o desenvolvimento de tratamentos inovadores para doenças neurodegenerativas. Neste âmbito, este estudo pretende analisar a relação entre o suporte social e o funcionamento cognitivo.

Participaram no estudo 67 pessoas idosas institucionalizadas, com uma média de idade 82.63 (DP=7.240), sendo a maioria do sexo feminino (77.6%), viúvos (64.2%), com um nível de escolaridade entre o 4º ao 6º ano (41.8%) e tendo trabalhado na indústria dos lanifícios (43.5%). Os participantes responderam à escala *Addenbrooke Cognitive Examination - Revised* (ACE-R) desenvolvido por Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnoide, & Hodges (2006) e adap. para a pop. Portuguesa por Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira e Martins (2010) e à Lubben Social Network Scale (LSNS-6) por (Lubben 1988, adap. para a pop. portuguesa por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo Araújo, Barbosa e Paúl (2012).

Os resultados deste estudo não apoiaram existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o suporte social e a cognição, constatando-se apenas uma correlação significativa entre a subescala Lubben Amigos e o subtotal memória da escala ACE-R. Observaram-se diferenças ao nível da cognição entre géneros, que parecem indicar que os homens possuem melhor funcionamento cognitivo (M=45.93;DP=12.94) e apesar de não se verificar diferenças significativas entre o suporte social e o género os dados parecem indicar que os homens têm mais suporte social do que as mulheres (M=9.93; DP=5.26). Observaram-se também diferenças estatisticamente na cognição entre participantes mais velhos (86 anos ou mais) e mais novos (inferior ou igual a 75 anos), e a média indicou que as pessoas com idade mais avançada apresentam maior suporte, provavelmente devido a um maior nível de dependência e desvantagem física e emocional (M=9.96;DP=4.79).

Estes resultados alertam para as especificidades da população de pessoas idosas institucionalizadas na medida em que não apoiam a amplamente documentada relação entre o suporte social e funcionamento cognitivo. Os resultados remetem ainda para a importância de se aperfeiçoar e atualizar as técnicas de estimulação cognitiva.

Palavras Chave

ICON; Suporte Social; Cognição; envelhecimento; institucionalização.

Abstract

The aging process is associated with losses and changes at various levels, both socially, cognitively and functionally. Social support is fundamental, also in old age, for adapting to changes and overcoming adverse situations. In addition, it works as a retarder of cognitive decline. This study is part of the Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration (ICON-CICS & UBI) project, which aims to identify risk factors, promote early detection and the development of innovative treatments for neurodegenerative diseases. In this context, this study aims to analyze the relationship between social support and cognitive functioning. The study included 67 institutionalized elderly people, with a mean age of 82.63 (SD = 7,240), the majority of whom were female (77.6%), widowed (64.2%), and had a level of education between grades 4 and 6 (41.8 %) and having worked in the wool industry (43.5%). The participants responded to the Addenbrooke Cognitive Examination - Revised (ACE-R) scale developed by Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnoid, & Hodges (2006) and adapted to the Portuguese population by Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira and Martins (2010) and Lubben Social Network Scale (LSNS-6) by Lubben (1988) and was adapted for the Portuguese population by Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa e Paúl (2012). The results of this study did not support the existence of a statistically significant correlation between social support and cognition, with only a significant correlation between the subscale Lubben Friends and the subtotal memory of the ACE-R scale. Differences in cognition between genders were observed, which seem to indicate that men have better cognitive functioning (M = 45.93; SD = 12.94) and although there are no significant differences between social support and gender, the data seem to indicate that men have more social support than women (M = 9.93, SD = 5.26). Statistically significant differences were also observed in cognition among older participants (86 years of age or older) and younger (75 years or less), and the mean of older people shows a greater support than younger, probably because of a greater dependency both physical and emotional (M=9.96;SD=4.79). These results point to the specificities of the institutionalized elderly population to the extent that they do not support the widely documented relationship between social support and cognitive functioning. The results also point to the importance of improving and updating cognitive stimulation techniques.

Keywords

ICON, Social Support; Cognition; aging; institutionalization.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas	ix
Introdução	10
1. Envelhecimento	12
2. Envelhecimento cognitivo "normal"	15
3. Envelhecimento cognitivo patológico	18
3.1. Défice Cognitivo e Demência.....	18
3.1.1 Transtornos Neurocognitivos segundo o DSM V	20
3.1.2. Suporte social: conceito e perspectivas	27
4. Instrumentos para a avaliação do suporte social	30
5. Suporte social e cognição na velhice.....	32
6. Institucionalização e suporte social na velhice.....	35
7. Funcionamento cognitivo e suporte social na velhice.....	37
8. Apresentação do estudo	40
8.1. Objetivos	40
8.2. Tipo de estudo	40
9. Método.....	41
9.1 Participantes.....	41
9.2 Instrumentos	42
9.2.1. Addenbrooke Cognitive Examination - Revised (ACE-R)	42
9.2.3. Global Deterioration Scale (GDS)	43
9.2.4. Lubben Social Network Scale (LSNS-6)	44
10. Procedimento	45
11. Análise de Dados	46
12. Resultados	47
13. Discussão dos resultados	55

14. Conclusões.....	59
Bibliografia	61
Anexos.....	69

Lista de Figuras

Figura 1: Indicadores de envelhecimento segundo os Censos.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Delirium e os respectivos subtipos.

Tabela 2: Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Alzheimer.

Tabela 3: Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal.

Tabela 4: Transtorno Neurocognitivo com corpos de Lewy.

Tabela 5: Transtorno Neurocognitivo Vascular.

Tabela 6: Transtorno Neurocognitivo devido a lesão cerebral traumática.

Tabela 7: Transtorno Neurocognitivo Induzido por Substância/ Medicamento.

Tabela 8: Transtorno Neurocognitivo devido a infecção por HIV.

Tabela 9: Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Prion.

Tabela 10. Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Parkinson.

Tabela 11. Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Huntington.

Tabela 12. Transtorno Neurocognitivo devido a outra condição médica.

Tabela 13. Transtorno Neurocognitivo devido a múltiplas etiologias.

Tabela 14. Transtorno Neurocognitivo Não Especificado.

Tabela 15. Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Tabela 16. Frequências descritivas das variáveis da amostra.

Tabela 17. Frequências Lubben Família e Lubben Amigos.

Tabela 18: Correlação entre o Lubben e o ACE-R.

Tabela 19. Resultados obtidos no Lubben e o ACE-R por participantes do gênero feminino e masculino e respectivas médias (DP) e medianas.

Tabela 20: Análise de diferenças no ACE-R e respectivas médias (DP) e medianas nos participantes em isolamento social e com suporte social .

Tabela 21. Resultados de Lubben e ACE-R em participantes de diferentes grupos etários

Tabela 22. Médias (DP) e medianas no ACE-R e Lubben em participantes de diferentes grupos etários.

Introdução

O tema desta dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde é o Suporte Social e Cognição em idosos institucionalizados da Beira Interior. Esta dissertação está integrada no projeto *Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration* (ICON- CICS & UBI), que pretende identificar fatores de risco, promover a deteção precoce e o desenvolvimento de tratamentos inovadores para doenças neuro degenerativas, assim como contribuir para a identificação de fatores genéticos, ambientais, metabólicos e imunológicos que constituem um risco para as doenças neuro degenerativas. O aumento exponencial da taxa de envelhecimento, a elevada incidência das perturbações neuro cognitivas e a qualidade de vida das pessoas desta faixa etária são uma das primordiais causas de preocupação atuais. O envelhecimento, durante muitos anos, foi considerado uma fase associada, sobretudo, a aspetos negativos. Atualmente a perspetiva da sociedade sobre o envelhecimento tem sofrido algumas alterações, resultantes dos progressos da sociedade, considerando-se que não existem tantas situações de “Ageism” (Cherry & Palmore, 2008; Oliveira, 2010). Porém, ainda existem alguns estereótipos sobre o processo de envelhecimento, que o associam a doença e incapacidade, sendo importante a mudança dos mesmos, pois o processo de envelhecimento deve ser percecionado como uma fase da vida com também aspetos positivos, em que as pessoas têm mais conhecimentos, sendo um tempo privilegiado. As mudanças que ocorrem ao nível do funcionamento cognitivo no processo de envelhecimento normal, quando não são compensadas, podem interferir no funcionamento dos idosos. Com o crescente número de pessoas a envelhecer, aumenta o número de pessoas que, além das alterações decorrentes do processo de envelhecimento cognitivo normal, apresenta deterioro cognitivo e, inclusivamente demência. Trata-se de um transtorno neuro cognitivo que origina problemas ao nível social e psicológico (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). Como fatores relacionados com o surgimento e desenvolvimento da demência, a literatura refere saúde geral, alimentação, fatores genéticos, estilo de vida e fatores socio económicos (Bates, et al., 2002; Gracey & Morris, 2007; Paúl & Ribeiro, 2012). Destaca-se, também, o suporte social como sendo um dos fatores que pode reduzir o risco de aparecimento de deterioro cognitivo e demência (e. g. Pillemer & Holtzer, 2017; Zhu, Hu, & Eford, 2012) e um determinante essencial para um envelhecimento bem-sucedido (Howie, Troutman- Jordan, & Newman, 2013; Thoits, 2011). O suporte social é um processo complexo e dinâmico relacionado com a interação com as redes sociais (Ribeiro, et al, 2012). Existem diversas medidas de suporte social, sendo o suporte percebido o que demonstra um efeito mais preponderante na saúde e bem-estar das pessoas mais velhas (Paúl, 2005). As redes de suporte social incluem as redes familiares, caracterizadas por sentimentos de amor e as redes, que são voluntárias (Shanas, 2016). A presença de ligações cordiais em que predomina amor e confidencialidade, tais como o casamento, contribuem para um processo de envelhecimento positivo (Zunzunegui,

Alvarado, Del-Ser, & Otero, 2003).

O suporte social possui um efeito benéfico ao nível da saúde, funcionando como um protetor das perturbações impulsionadas por stress, isto é, a ausência ou a perda de suporte social origina altos níveis de stress (Ribeiro, 1999; Seeman, Lusignolo, & Berkman, 2001). Assim, tem um papel relevante, ao auxiliar os idosos nas suas limitações e que os ajuda a lidar com perdas (Boen, Dalgard, & Bjertness, 2012). As redes de suporte social das pessoas idosas contribuem para que se sintam valorizados, amados e integrados, o que gera sentimentos positivos que contribuem para o seu bem-estar (Thoits, 2011). As redes sociais possuem uma função de manutenção dos idosos com incapacidade na comunidade especialmente devido ao suporte instrumental (Crooks, Lubben, Petitti, Little, & Chiu, 2008). O suporte social é um fator fundamental no funcionamento cognitivo, o qual se encontra associado ao bem-estar e à qualidade de vida nos idosos (Ribeiro, 1999; Kats, et al 2016; Howie, Troutman- Jordan, & Newman, (2013). O declínio cognitivo encontra-se diretamente associado ao suporte social, isto é, o suporte social pode preservar as funções cognitivas e dessa forma retardar a decadência cognitiva (Holtzman, et al, 2004). A velhice é a etapa mais suscetível para a ocorrência de doenças, podendo gerar algum nível de dependência e conseqüentemente a necessidade de institucionalização (Moreira e Oliveira, 2005). O processo de institucionalização poderá ser uma opção voluntária quando o idoso possui consciência das suas limitações e pretende prevenir situações de maior dependência ou quando não existe qualquer outra possibilidade de assistência (Neto & Corte- Real, 2013). O principal objetivo desta dissertação é avaliar o suporte social e cognição de idosos institucionalizados e analisar a relação entre estas duas dimensões. Desta forma, expõe-se primeiramente a revisão da literatura sobre este tema e, a seguir, expõem-se o estudo empírico, resultados e sua discussão.

1. Envelhecimento

O aumento da esperança média de vida, as melhorias nos cuidados médicos, a diminuição dos nascimentos e a redução da população jovem leva ao envelhecimento da população (Kats, et al., 2016). Nesta linha antecipa-se a necessidade de novos cuidados e novas formas de suporte a pessoas idosas.

Segundo a PORDATA (Base de dados Portugal Contemporâneo) tem-se verificado um aumento do índice de envelhecimento da população Portuguesa ao longo dos anos. A Figura 1 refere os indicadores de envelhecimento da população portuguesa entre 1961 e 2015.

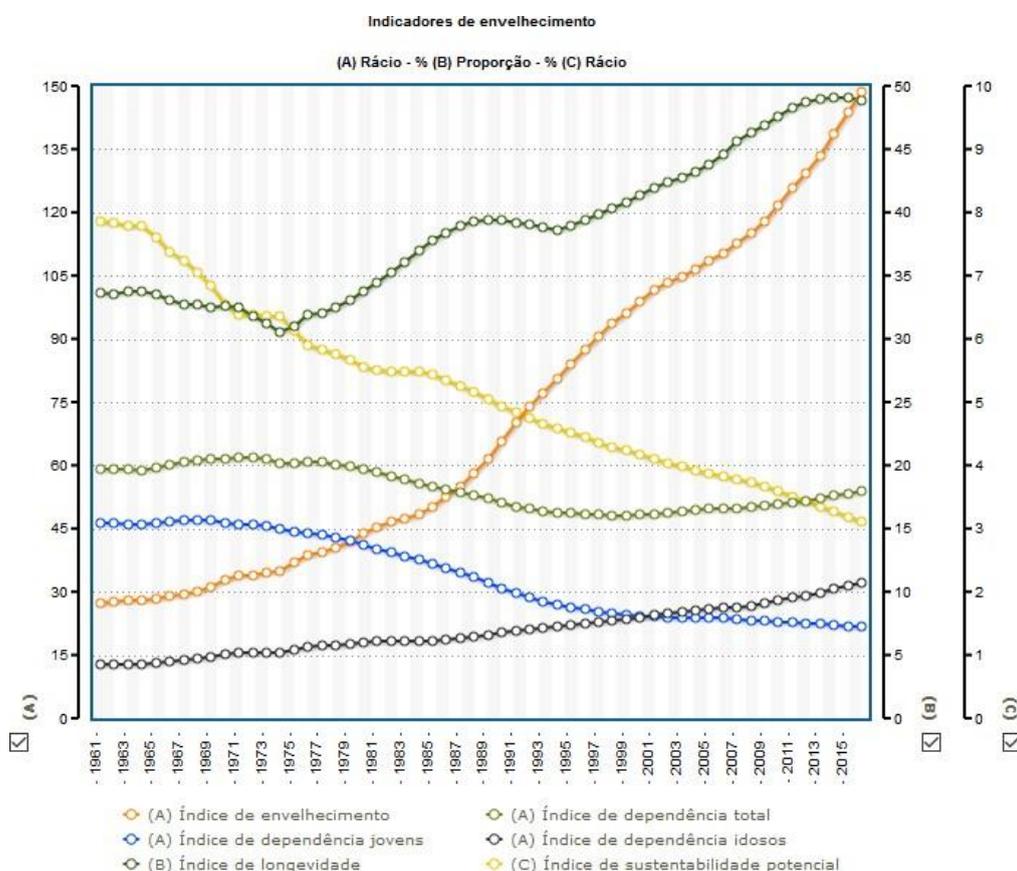


Figura 1. Indicadores de envelhecimento segundo os Censos. Fonte: Pordata,2017.

Em 2016, o número de idosos com 65 anos ou mais era de 2.158.732 o que corresponde a 20.9% da população portuguesa. Em relação ao índice de dependência total (população ativa até à idade da reforma comparativamente com a população dependente destes), em 2016, por cada 100 indivíduos, cerca de 54 (53,8%) estavam dependentes de 46 pessoas. O índice de dependência dos jovens, tem diminuído ao longo dos anos, em 1961 a percentagem era de 46,3% e, em 2016, a percentagem correspondia a 21,6%. O índice

de dependência de idosos aumentou ao longo dos anos, sendo que, em 1961 era de 12,7% e em 2016 era de 32,1%. O índice de longevidade também apresenta crescimento ao longo dos anos. Em 1961 a percentagem de longevidade era de 33,6% e em 2016 era de 48,8% e o índice de sustentabilidade potencial tem diminuído ao longo dos anos, em 1961 era de 7,9% e em 2016 é de 3,1%.

O envelhecimento envolve um conjunto de processos e mudanças, que reduzem a capacidade de adaptação, diminuição das capacidades funcionais, alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares e profissionais, redes sociais assim como, consequências na autonomia e mobilidade o que pode levar à incapacidade de permanência na própria residência, podendo levar à institucionalização (Neto & Corte-Real, 2013; Paúl & Ribeiro, 2012).

O envelhecimento não se reconhece enquanto doença mas sim enquanto fenómeno biológico, responsável pelo surgimento de debilidade no organismo, o que o torna mais vulnerável às doenças e, conseqüentemente, pode levar à morte (Paúl & Ribeiro, 2012). No entanto, destaca-se que o envelhecimento não é homogêneo para todas as pessoas, diferindo notavelmente devido à especificidade de cada um e às formas de envelhecer, pois o envelhecimento não está associado à idade cronológica mas sim à idade biológica (Ramos, 2002; Paúl & Ribeiro, 2012). A idade biológica refere-se ao envelhecimento orgânico e a idade social reporta-se ao papel, hábitos e estatuto do indivíduo na sociedade. Por fim, a idade psicológica refere-se às competências do indivíduo para responder ao meio envolvente (memória, inteligência e motivação) (Fonseca, 2005). Existem diversas variáveis intermediárias do processo de envelhecimento tais como, a saúde, fatores genéticos, atividade física, estimulação cognitiva, o contexto em que a pessoa está inserida e a personalidade que podem ser fatores protetores (Lima, 2006). A plasticidade e a reserva neural são também essenciais para compensar declínios associados ao envelhecimento (Paúl & Ribeiro, 2012).

De acordo com Paúl e Ribeiro (2012) o envelhecimento considerado positivo assenta na ausência de comportamentos negativos ou indesejáveis, assim como na autonomia na realização de atividades de vida diárias e na independência financeira (Lima, 2006; Paúl & Ribeiro, 2012). Existem, contudo, estereótipos acerca da velhice e, muitas vezes, as pessoas idosas, mesmo apresentando um desenvolvimento positivo, continuam a ser associadas a doença, incapacidade, demência, pobreza e isolamento (Paúl, 2000).

No processo de envelhecimento, destacam-se as diferenças ao nível do género, constatando-se que os homens idosos, geralmente, vivem menos do que as mulheres na maioria dos países do mundo (Austad, 2006). Segundo este autor, o facto de as mulheres apresentarem menor taxa de mortalidade, deve-se ao facto do processo de envelhecimento ser mais lento comparativamente com os homens, assim como, possuírem um sistema imunológico mais ativo (Austad, 2006). Além das questões associadas aos fatores biológicos, destaca-se, também, o processo de socialização e de tipificação de género, que leva homens e mulheres a encararem de forma diferente o seu

processo de envelhecimento.

Fonseca (2006) diferencia o envelhecimento primário/normal e o envelhecimento secundário/patológico. O envelhecimento primário refere-se às mudanças intrínsecas, declínio em várias funções cognitivas, memória, atenção e funções executivas e o envelhecimento secundário está associado às alterações provocadas por doenças. Esta diferenciação está associada aos comportamentos do indivíduo ao longo da vida, isto é, manutenção de hábitos saudáveis, autonomia e atividade, assim como, ao facto de ter redes de suporte (Fonseca, 2006).

No âmbito da psicologia existem inúmeros modelos teóricos que procuram explicar o processo de envelhecimento, entre os quais, se destaca o modelo de Paul Baltes de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, que considera o envelhecimento como parte integrante do ciclo de vida em que as pessoas apresentam capacidade de plasticidade, mudança e adaptação a novas circunstâncias, podendo compensar as perdas com outras capacidades através de mecanismos de regulação da perda e dos mecanismos de otimização seletiva com compensação (Baltes & Baltes, 1990).

2. Envelhecimento cognitivo "normal"

O envelhecimento caracteriza-se por um processo de degradação progressiva e diferencial que afeta todos os indivíduos. No entanto, torna-se impossível prever o início deste processo, visto que a velocidade e o nível de gravidade é diferente de indivíduo para indivíduo (Moody, 2006; Prull, Gabrieli, & Bunge, 2000).

Deste modo, uma pessoa envelhecida em condições normativas consegue viver, mas, se for exposta a situações de stress e se apresentar dificuldades em manter o equilíbrio do seu organismo, pode apresentar um processo de envelhecimento patológico, no qual o sistema imunológico, endócrino e nervoso fica afetado (Aldwin & Gilmer, 2017; Fonseca, 2004).

No processo de envelhecimento normal, as alterações que ocorrem no organismo estão associadas à diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos, redução da capacidade dos rins para eliminar toxinas e medicamentos, diminuição do funcionamento do fígado para eliminar toxinas e transformar a maioria das substâncias dos medicamentos, redução da frequência cardíaca máxima, sem alteração da frequência cardíaca em repouso, redução da tolerância à glicose, diminuição da capacidade pulmonar para transportar ar, diminuição da saída de sangue do coração, aumento de ar aprisionado nos pulmões após expiração e redução do funcionamento celular no combate às infeções (Fontaine, 2000). O envelhecimento implica, também, alterações ao nível da perceção. O olfato, gosto e a cinestesia (sensações através das quais são percebidos os movimentos musculares cujos estímulos provém do organismo) não são muito afetadas com o avançar da idade (Fontaine, 2000). Ao invés da audição, visão e o equilíbrio que são os mais afetados com a idade e os quais podem acarretar consequências a nível social e psicológico (Fontaine, 2000).

Ao nível do funcionamento cognitivo, as capacidades atingem o seu auge aos 30 anos e mantêm-se estáveis até aos 50-60 anos, sendo que, a partir daí, grande parte entra em declínio. E a partir dos 70 anos é quando o declínio é maior. Ao nível da linguagem as pessoas idosas, tendem a apresentar um discurso repetitivo, a ter maior dificuldade em compreender mensagens mais extensas ou complexas assim como dificuldades na recuperação e reprodução de nomes específicos (Fontaine, 2000). Nas tarefas de raciocínio, a resolução de problemas apresenta declínio com a idade, verificando-se redundância e desorganização (Fontaine, 2000). O raciocínio prático também apresenta alterações com o aumento da idade, contudo, mantém-se em situações familiares. A análise lógica e organização de material, a realização de tarefas que implicam o planeamento, execução e avaliação de sequências complexas de comportamentos, é realizada pelas pessoas idosas de forma mais lenta (Oliveira, 2010).

As competências perceptivo motoras apresentam, também, declínio na velhice, que se inicia pelos 50-60 anos (Aldwin & Gilmer, 2017). Em relação à memória, com o avançar da idade a memória a curto prazo pode manter-se estável ou sofrer declínio ligeiro

(diminuição na capacidade para manipular informação na memória a curto prazo), a memória de trabalho e a memória recente sofre declínio ligeiro (défices de codificação e recuperação), a memória implícita pode manter-se estável ou apresentar declínio ligeiro (pode lembrar-se mais facilmente de situações casuais do que informação consciente) e a memória remota também pode ser variável (intacta para aspetos mais relevantes) (Gonzaga & Nunes, 2008).

Em relação à capacidade visuo-espacial, os idosos mantêm a capacidade de reconhecimento de lugares e caras que lhe são familiares e de identificação e produção de formas geométricas. Contudo, revelam dificuldades em desenhar e identificar figuras que sejam complexas ou desconhecidas. Quanto à atenção, os idosos mantêm a capacidade de dirigir e manter a atenção sobre um determinado assunto ou acontecimento. No entanto, apresentam dificuldades em filtrar a informação e em dividir a atenção por diversas tarefas ou mudar a atenção de um ponto para outro (Aldwin & Gilmer, 2017).

A inteligência no processo de envelhecimento apresenta alguma estabilidade, no entanto pode sofrer declínio em idades muito avançadas, sendo mais pronunciada em relação à realização de tarefas que sejam novas para a pessoa. Esta refere-se à capacidade para definir e usar palavras, para aceder ao conhecimento e para o envolvimento em raciocínios práticos e sociais. Constata-se que, no processo de envelhecimento, a inteligência cristalizada, que se refere ao conhecimento adquirido através da interação social tende a aumentar, enquanto a inteligência fluida, mais associadas a aspetos neurológicos e fisiológicos, tende a diminuir (Gonzaga & Nunes, 2008). Em relação ao vocabulário a capacidade para aceder à informação assim como a compreensão não são muito afetados com o avanço da idade (Aldwin & Gilmer, 2017).

As alterações cognitivas que ocorrem com o processo de envelhecimento, devem-se à degradação de três processos essenciais do funcionamento cognitivo, a velocidade de processamento (diminuição da velocidade de processamento de informação e da resposta), a memória de trabalho e as capacidades sensoriais e perceptivas (diminuição da acuidade visual e auditiva ou outras alterações da perceção) (Fontaine, 2000).

O declínio cognitivo proveniente do processo de envelhecimento pode ser minimizado através da adaptação a estilos de vida adequados, da realização atividade física, alimentação, manutenção de relações sociais, estimulação cognitiva e saúde mental (Bates, et al., 2002; Millán- Callenti, Sánchez, Lorenzo- López, Cao, & Maseda, 2013; Neto & Corte- Real, 2013; Paúl & Ribeiro, 2012). A estimulação cognitiva, assim como a participação em atividades sociais, apresenta uma influência positiva na cognição, na sintomatologia depressiva e na manutenção de autonomia nos idosos (Neto & Corte- Real, 2013). A extensão das redes sociais fornece uma melhor reserva cognitiva e, conseqüentemente, reduz défices nas capacidades cognitivas (Millán- Callenti, Sánchez, Lorenzo- López, Cao, & Maseda, 2013).

A alimentação saudável é, também, um fator essencial no envelhecimento, na medida

em que alguns alimentos ajudam na manutenção das funções cognitivas na terceira idade (cálcio, vitamina D3, vitamina C, proteínas) (Paúl & Ribeiro, 2012). A atividade física, mais especificamente a “caminhada” apresenta potenciais benefícios, quer para a saúde mental quer para o bem-estar em geral do idoso, assim como a redução do risco de problemas vasculares, que tendem a piorar o desempenho cognitivo (Ferris, Williams, & Shen, 2007).

3. Envelhecimento cognitivo patológico

O envelhecimento considerado normal é um processo que compreende algumas perdas, não provocando perda da qualidade de vida do idoso, ao inverso do envelhecimento patológico que pode ser prejudicial ao bem-estar do indivíduo (Fonseca, 2006).

Segundo Moragas (1997), o envelhecimento, do ponto de vista fisiológico, caracteriza-se pela restrição na capacidade de manutenção de equilíbrio no organismo e todas as pessoas estão predispostas a um processo de envelhecimento patológico, dependendo das condições psicológicas, do meio ambiente e dos fatores de risco. Os fatores de risco aumentam significativamente a probabilidade de consequências negativas na vida das pessoas, entre os quais, dificuldades económicas, perda de pessoas significativas, doenças (Craik, 2008).

O envelhecimento patológico aumenta a possibilidade de condições negativas como a dependência, melancolia e incapacidade (Craik, 2008). O envelhecimento está associado à perda de massa óssea, aumento da pressão arterial, alterações do sistema imunitário, surgimento de resistência contígua à insulina, perdas psicológicas (memória, inteligência fluida) e perdas sociais (diminuição dos laços sociais, reforma, perda de familiares). O envelhecimento patológico corresponde a desordens e a irregularidades dessas tendências (Backman, Jones, Berger, Laukka, & Small, 2004).

3.1. Défice Cognitivo e Demência

Os défices cognitivos relacionam-se com dificuldades na aprendizagem e processamento de informação, ou seja, deterioração ou incapacidade das funções cognitivas, podendo originar limitações na vida das pessoas (Gonzaga & Nunes, 2008). Estes défices podem estar associados a défices acentuados ou perda da fala, linguagem, memória, visão, destrezas psicomotoras, identidade e noutras funções em áreas específicas (APA, 2006). A presença de défices cognitivos dentro dos limites considerados normais para a idade dos idosos e que não se encontram associados a qualquer perturbação do foro médico, estão associadas a declínio normal do processo de envelhecimento. No entanto, quando a gravidade dos défices cognitivos evoluem para quadros mais graves (e.g. demência) e os que possuem características específicas, passa a designar-se de declínio patológico (Backman, Jones, Berger, Laukka, & Small, 2004).

Com o envelhecimento da população, a demência tem sido um dos problemas que tem aumentado progressivamente (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). Trata-se de um transtorno neuro cognitivo que origina problemas ao nível social e psicológico. Contudo, a maioria da população idosa não desenvolve demência e esta não

faz parte do processo de envelhecimento (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). Ainda assim, a demência é a condição mental que mais debilita a qualidade de vida das pessoas idosas assim como dos familiares ou amigos que se relacionam com estas pessoas (Sequeira, 2010).

Na fase inicial da demência, quando a pessoa ainda tem consciência do declínio das funções cognitivas, pode levar a estados depressivos. Pois o facto da pessoa se aperceber dos défices e de estar a vivenciar uma situação de sofrimento, devido ao facto de se estar a tornar dependente pode originar altos níveis de ansiedade e, ao mesmo tempo, comportamentos hostis. Deste modo, os comportamentos suicidas podem surgir e são uma realidade na demência (Garcez, Falcheti, Mina, & Budni, 2015).

As pessoas com demência podem apresentar dificuldades em lidar com novas atividades e tentam evitar situações que impliquem o processamento de nova informação, o que revela uma redução do pensamento abstrato. As pessoas com demência podem aperceber-se ou não da perda de memória (Garcez, Falcheti, Mina, & Budni, 2015). Muitas vezes, podem apresentar ideias e atitudes irrealistas e incongruentes em relação aos seus défices, tais como, abrir uma empresa ou não considerar as consequências resultantes de certas ações, tais como, conduzir o carro (Garcez, Falcheti, Mina, & Budni, 2015).

A demência interfere também, frequentemente, com as capacidades motoras da marcha o que pode propiciar quedas. Nestas pessoas, geralmente verificam-se dificuldades na capacidade de avaliação do próprio comportamento assim como no discernimento (Sousa & Sequeira, 2012). Nas fases avançadas de demência, a pessoa pode apresentar uma perda de memória severa, pode esquecer o seu próprio nome e o dos familiares, não ser capaz de dizer a sua idade, profissão, os seus pertences, esquecer o fogão ligado e desorientar-se em termos espaço-temporais, entre outras situações (APA,2006).

A demência caracteriza-se pela existência de múltiplos défices cognitivos que interferem com o funcionamento da memória, que podem originar a afasia, apraxia, agnosia ou perturbação da capacidade de execução (APA,2006). A afasia corresponde à deterioração da linguagem, gerando dificuldade em falar, usar as palavras adequadas, entender o que é dito, ler, escrever, constatando-se, frequentemente um tipo de comunicação vaga, com muitos rodeios e uso excessivo de referências como “coisa” e “aquilo”. No entanto, o grau de afasia não é igual em todas as pessoas e, dessa forma, pode haver pessoas que conseguem perceber aquilo que lhes é dito mas não conseguem usar as palavras certas e construir um discurso. Outras pessoas, poderão falar em demasia tornando-se complicado perceber aquilo que dizem. Numa fase mais avançada podem apresentar um discurso degradado designado de palilalia (repetição de palavras e sons), ecolalia (repetição do discurso ouvido) ou permanecer em mudez (APA,2006).

A apraxia consiste na perda da capacidade para executar atividades motoras. A causa desta perturbação deve-se maioritariamente à lesão dos lobos parietais e frontais. As pessoas com apraxia não conseguem realizar movimentos previamente aprendidos, apresentando ainda dificuldades na realização das tarefas diárias como lavar os dentes,

pentear o cabelo, vestir-se, cozinhar ou desenhar (APA,2006).

A agnosia refere-se à degradação da capacidade de reconhecer ou identificar pessoas, formas, sons, objetos. A pessoa pode ver e sentir os objetos mas não conseguir associar os mesmos à sua função. As pessoas com agnosia podem não conseguir reconhecer o rosto de familiares ou até o seu próprio rosto quando observa o seu reflexo. A agnosia é causada por uma irregularidade nos lobos parietais e temporais do cérebro que são responsáveis pelo armazenamento da função e importância dos objetos (APA,2006).

As perturbações da capacidade de execução são manifestações comuns da demência que envolvem a capacidade de iniciar, sequenciar, planejar, monitorizar e interromper um comportamento complexo. Estas funções podem estar associadas ao lobo frontal. O deterioro das capacidades de execução é visível na capacidade para criar nova informação e concretizar sequências motoras (APA,2006).

As pessoas com demência podem apresentar falta de higiene pessoal, comportamentos de familiaridade com estranhos, indiferença perante normas sociais e comportamentos desinibidos. As perturbações de ansiedade, do sono e do humor também são frequentes na demência. Dentro deste quadro clínico, as ideias delirantes são comuns, particularmente o delírio de perseguição (por exemplo, acreditar que o/a cônjuge tenta matá-lo colocando determinadas substâncias na alimentação). As alucinações também são habituais, mais propriamente as alucinações visuais (APA,2006).

3.1.1 Transtornos Neurocognitivos segundo o DSM V

Com DSM-V, a condição de demência passa a ser designada como Transtornos Neurocognitivos (TNC), que pode surgir em qualquer idade, apesar de ser mais frequente a partir dos 65 anos. Os transtornos Neurocognitivos podem ser causados por diferentes patologias e a causa do surgimento pode ser conhecida ou não, e ser convertível ou não (APA,2014). No DSM-IV eram designados demência, delírium, Transtorno Amnésico e Outros Transtornos (APA, 2006). O DSM-V considera a existência de diferentes tipos de transtornos neurocognitivos, entre os quais, Delírium, TNC devido à doença de Alzheimer, TNC Vascular, TNC com corpos de Lewy, TNC devido à doença de Prion, TNC devido à doença de Parkinson, TNC Frontotemporal, TNC devido a lesão cerebral traumática, TNC devido a infeção por VIH, TNC induzido por substância/medicamento, TNC devido à doença de Huntington, TNC devido a outra condição médica, TNC devido a múltiplas etiologias e TNC não especificado (APA, 2014).

Os TNC incluem todos os transtornos em que o défice primário se encontra presente na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos. O DSM-V define um nível menos grave de défice cognitivo, que é o transtorno neurocognitivo leve, que era designado no DSM-IV como “Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação”. O transtorno neurocognitivo maior é mais amplo que o termo demência (DSM-IV) e refere-se aos casos em que as pessoas que as apresentam declinam numa só dimensão. No DSM-IV o “Transtorno Amnésico” passa ser

designado como transtorno neuro cognitivo maior no DSM-V (APA, 2014).

O transtorno neuro cognitivo maior reporta-se às situações em que se verifica a existência de déficit cognitivo em um ou mais domínios cognitivos, que interferem na realização/independência das atividades de vida diárias. Os défices cognitivos não ocorrem apenas durante o desenvolvimento de delirium e não são melhor descritos por outro transtorno mental (APA, 2014).

É importante verificar se o transtorno é ou não acompanhado por perturbação comportamental e o grau de dependência que a pessoa apresenta para se averiguar o seu nível de gravidade do transtorno. Se é grave (completamente dependente), leve (dificuldades nas atividades de vida diárias) ou moderada (dificuldades nas atividades básicas do quotidiano).

O transtorno neuro cognitivo leve é diagnosticado quando o déficit cognitivo é menor num ou mais domínios e quando estes não interferem na realização das atividades de vida diárias. Os défices cognitivos não ocorrem apenas durante o desenvolvimento de delirium e também não são melhor descritos por outro transtorno mental (APA,2014).

Tabela 1. Delirium e os respetivos subtipos (APA, 2014).

Delirium
Transtorno Neurocognitivo Maior
Transtorno Neurocognitivo Leve
Subtipos
Delirium por intoxicação por substância
Delirium por abstinência de substância
Delirium induzido por medicamento
Delirium devido a outra condição médica
<u>Delirium devido a múltiplas etiologias</u>

Segundo o DSM-V, o delirium (tabela 1) caracteriza-se por dificuldades ao nível da atenção, tais como, incapacidade para manter, focar e direcionar, assim como, alterações ao nível da consciência. Este transtorno pode desenvolver-se num curto período de tempo (nomeadamente de horas a poucos dias) e alterações ao nível da cognição (linguagem, memória, capacidade visuo espacial, desorientação). Este transtorno é diagnosticado, caso existam exames que indiquem que o transtorno é consequência fisiológica de outra condição médica, exposição a substâncias, intoxicação ou abstinência de substância. Tendo em conta os critérios de diagnóstico, este transtorno só é diagnosticado se as perturbações de atenção e cognição não ocorrem numa situação de coma (APA, 2014).

Tabela 2. Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Alzheimer (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Alzheimer	
TNC Maior	TNC Leve
<ul style="list-style-type: none"> • Indícios de história familiar e teste genético da existência de mutação genética geradora deste transtorno; • Presença de declínio da memória e aprendizagem; • Declínio contínuo e gradual da cognição; • Ausência de outras doenças que justifiquem o surgimento de défices cognitivos. 	<p>Provável:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência de mutação genética; <p>Possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decadência ao nível da memória e aprendizagem; • Declínio cognitivo contínuo e gradual; • Ausência de outras doenças que influenciem o surgimento de défices cognitivos.

Para o diagnóstico de transtorno maior ou leve, os critérios de TNC maior e TNC leve têm de estar presentes. O desenvolvimento de danos em um ou mais domínios é sucessivo e os critérios para “Provável” ou “Possível” doença de Alzheimer são considerados. Considera-se transtorno neuro cognitivo maior devido à doença de Alzheimer “Provável” quando qualquer um dos critérios referidos anteriormente na tabela 2 (TNC Maior) estão presentes. Caso não estejam presentes deve ser diagnosticada “Possível” doença de Alzheimer. O transtorno neuro cognitivo leve devido à doença de Alzheimer pode também ser diagnosticado como “Provável” quando se verifica presença de mutação genética e “Possível” quando não existe mutação genética mas se constata um declínio da memória e aprendizagem, declínio cognitivo contínuo e gradual e ausência de outras doenças que influenciem o aparecimento de défices cognitivos (APA, 2014).

Tabela 3. Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Frontotemporal Major ou Leve	
Variante Comportamental	Variante Linguística
<p>a. (três ou mais dos critérios seguintes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinibição comportamental; • Apatia ou inércia; • Perda de simpatia ou empatia; • Comportamento repetitivo, compulsivo, estereotipado; • Alterações na dieta, hiperoralidade. <p>b. Declínio elevado nas funções executivas e/ou cognição social.</p>	<p>a. Elevado declínio ao nível da linguagem, produção da fala, designação de objetos, encontro de palavras e compreensão das palavras;</p>
TNC Maior	TNC Leve
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de mutação genética originadora do TNC frontotemporal; • Evidências de envolvimento desproporcional do lobo frontal e/ou lobo temporal, a partir de neuroimagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não existir mutação genética; • Teste de neuroimagem não ter sido realizado.

O Transtorno Frontotemporal maior ou leve é diagnosticado quando os critérios para TNC maior ou leve são cumpridos, o aparecimento da perturbação é enganoso e o desenvolvimento é progressivo, tendo de estar presente qualquer um dos critérios entre a variante comportamental e a variante linguística. Outros dos critérios de diagnóstico são a manutenção relativa da aprendizagem, memória e função perceptivomotora, e o facto desta perturbação não ser melhor explicada por outra cerebrovascular, sistémica, neurológica ou sistémica. Para diagnosticar “Provável” TNC Frontotemporal algum dos critérios referidos no TNC Maior têm de estar presentes, caso contrário é diagnosticado “Possível” (APA, 2014).

Tabela 4. Transtorno Neurocognitivo com corpos de Lewy (APA,2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve com Corpos de Lewy	
Características diagnósticas centrais	Características diagnósticas sugestivas
<ul style="list-style-type: none"> • Oscilação da cognição, alterações ao nível da atenção e estado de alerta; • Alucinações visuais frequentes, bem estruturadas e detalhadas; • Características espontâneas de parkinsonismo, com surgimento consecutivo ao desenvolvimento de declínio cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumpre critérios de transtorno comportamental do sono do movimento rápido dos olhos (ou sono REM- rapid eye movement); • Sensibilidade neuroléptica grave.

No diagnóstico do Transtorno Neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, os critérios para TNC Maior e Leve têm de ser cumpridos, o desenvolvimento do transtorno é enganoso e gradual e o transtorno cumpre uma combinação de características diagnosticas centrais e sugestivas para “Provável” ou “Possível” TNC com corpos de Lewy. Esta perturbação não consegue ser melhor explicada por doença vascular cerebral, ou outra neurodegenerativa, efeitos de substância ou outro transtorno mental, sistémico ou neurológico (APA, 2014). Este transtorno pode ser diagnosticado como maior ou leve, de acordo com o que aparece na Tabela 4 (APA, 2014).

Tabela 5. Transtorno Neurocognitivo Vascular (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Vascular Maior ou Leve	
TNC Maior	TNC leve
<ul style="list-style-type: none">• Factos clínicos com apoio de neuroimagem da existência de lesão parenquimal significativa, atribuída a doença cerebrovascular;• A síndrome neurocognitiva é temporalmente relacionada com um ou mais eventos cerebrovasculares;• Factos clínicos e genéticos da presença de doença cerebrovascular.	<ul style="list-style-type: none">• Os critérios clínicos são cumpridos, mas não se encontra disponível neuroimagem;• Relação temporal da síndrome neurocognitiva com um ou mais de um evento cerebrovascular não está relacionada.

O diagnóstico de TNC maior ou leve é efetuado se os factos clínicos forem consistentes com uma etiologia vascular (1. O aparecimento dos défices cognitivos está temporariamente relacionado com um ou mais de um evento cerebrovascular ou 2. Existência de declínio é destacada na atenção complexa e na função executiva frontal). Outros dos critérios são a presença de doença cerebrovascular a partir de neuroimagem e/ou exames físicos e o facto de este transtorno não ser melhor descrito por outra doença cerebral ou transtorno sistémico (APA, 2014). O TNC Vascular é diagnosticado quando um dos critérios referidos na tabela 5 no (TNC Maior) está presente, caso contrário é diagnosticado “Possível” TNC Vascular (APA, 2014).

Tabela 6. Transtorno Neurocognitivo devido a lesão cerebral traumática (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve devido a Lesão Cerebral Traumática
Evidências de uma lesão cerebral traumática (podendo apresentar um ou mais dos seguintes critérios): <ul style="list-style-type: none">• Perda de consciência;• Amnésia pós traumática;• Desorientação e confusão;• Sinais neurológicos (neuroimagem revela a existência de lesão traumática, novo início de convulsões, cortes no campo visual, hemiparesia).

O diagnóstico de TNC maior ou leve, cujos critérios constam na tabela 6, implica a existência de uma lesão cerebral traumática, sendo o transtorno posterior à ocorrência da lesão cerebral traumática ou ocorrendo após a recuperação da consciência, ou depois de um período agudo pós- lesão (APA, 2014).

Tabela 7. Transtorno Neurocognitivo Induzido por Substância/ Medicamento (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Induzido por Substância/Medicamento
--

-
- Contempla os critérios para Transtorno Cognitivo Maior ou Leve;
 - Os detrimentos neuronais e cognitivos não ocorrem apenas durante o desenvolvimento do *delirium* e subsistem além da duração habitual da intoxicação e da abstinência aguda;
 - A duração e o alcance do uso, a substância ou medicamento implicado pode produzir déficit cognitivo;
 - O desenvolvimento temporal dos défices neurocognitivos é resistente com o período em que ocorreu o uso de substâncias ou medicamento assim como a sua abstinência (os défices continuam estáveis ou diminuem com a abstinência);
 - Este transtorno não é melhor explicado por outro transtorno mental e não é atribuível a outra condição médica.
-

O diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo maior ou leve induzido por substância ou medicamento, só é possível se os critérios mencionados na tabela 7 estejam presentes (APA, 2014).

Tabela 8. Transtorno Neurocognitivo devido a infecção por HIV (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Infecção por HIV
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de infecção documentada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); • Contempla os critérios diagnósticos para Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve; • Este transtorno neurocognitivo não é mais bem explicado por outras condições que não sejam HIV, contendo doenças cerebrais secundárias, como leucoencefalopatia multifocal progressiva ou meningite criptocócica; • Este transtorno não é melhor explicado por outro transtorno mental e não está sujeito à atribuição de outra condição médica.

O transtorno neurocognitivo maior ou leve devido a infecção por HIV é diagnosticado na presença dos critérios expostos na tabela 8 (APA, 2014).

Tabela 9. Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Prion (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença do Prion
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui os critérios para Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve. • Surgimento vagaroso, sendo comum a progressão rápida de prejuízos. • Existência de aspetos motores de doença do Prion, como mioclonia ou ataxia ou evidência de biomarcadores. • Este transtorno não é melhor explicado por outro transtorno mental e não é atribuível a outra condição médica.

O Transtorno Neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Prion é diagnosticado consoante os critérios mencionados na tabela 9 (APA, 2014).

Tabela 10. Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Parkinson (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve devido à doença de Parkinson
<ul style="list-style-type: none">• Contempla os critérios para Transtorno neurocognitivo maior ou leve;• O Transtorno ocorre no cenário da doença de Parkinson;• O aparecimento é lento e enganador e o desenvolvimento gradual dos danos;• O Transtorno não é melhor explicado por outro transtorno mental e não é responsável por outra condição médica.

Para o diagnóstico de TNC maior ou leve devido à doença de Parkinson, os critérios referidos na Tabela 10 têm de estar presentes. Para diagnóstico de TNC maior ou leve “Provável” devido à doença de Parkinson o critério de ausência de doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares ou doenças de outra natureza que provoquem déficit cognitivo e o critério 2 de que o surgimento do transtorno neurocognitivo precedeu a doença de Parkinson devem ser cumpridos.

Tabela 11. Transtorno Neurocognitivo devido à doença de Huntington (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Huntington
<ul style="list-style-type: none">• O surgimento da doença incide rapidamente.• Evidências clínicas da existência da doença de Huntington e risco de surgimento da doença devido à história familiar ou teste genético.• Este transtorno neurocognitivo não pode ser associado a outra condição clínica.□ Esta doença caracteriza-se maioritariamente pelo declínio cognitivo progressivo, com alterações prematuras na capacidade de execução (capacidade de processamento, organização e planeamento) em vez de memória e capacidade de aprendizagem. Pode verificar-se ainda alterações cognitivas e comportamentais as quais costumam anteceder o surgimento de anormalidades motoras típicas, tais como a lentificação motora dos movimentos voluntários e apresentarem movimentos involuntários desordenados.

O diagnóstico do Transtorno Neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Huntington é efetuado caso se verifiquem os critérios referidos na tabela 11 (APA, 2014).

Tabela 12. Transtorno Neurocognitivo devido a outra condição médica (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a outra Condição Médica
<ul style="list-style-type: none">• Contempla os critérios para Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve;• Existência quer a partir da história familiar, exames ou achados laboratoriais de que o Transtorno Neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de outra condição médica;• Os défices cognitivos não são melhor explicados por outro transtorno mental ou outro Transtorno Neurocognitivo específico (Alzheimer, infeção por HIV).

O Transtorno Neurocognitivo Maior ou leve devido a outra condição médica é diagnosticado na presença dos critérios descritos na tabela 12 (APA, 2014).

Tabela 13. Transtorno Neurocognitivo devido a múltiplas etiologias (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido a Múltiplas Etiologias
<ul style="list-style-type: none">• Inclui os critérios para Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve;• Existência quer a partir da história familiar, exames ou achados laboratoriais de que o Transtorno Neurocognitivo é a consequência de um processo etiológico excluindo substâncias (Transtorno Neurocognitivo devido á doença de Alzheimer, com desenvolvimento posterior de transtorno neurocognitivo vascular);• Os défices cognitivos não decorrem nomeadamente durante o curso de <i>Delirium</i> e não são melhor explicados por outro transtorno mental.

O TNC maior ou leve devido a múltiplas etiologias é diagnosticado na presença dos critérios presentes na tabela 13 (APA, 2014).

Tabela 14. Transtorno Neurocognitivo Não Especificado (APA, 2014).

Transtorno Neurocognitivo Não Especificado
<ul style="list-style-type: none">• Existência de sintomas característicos de um Transtorno Neurocognitivo que causa sofrimento e origina prejuízos quer ao nível social, profissional e em outras áreas mas no entanto não preenchem todos os critérios para qualquer Transtorno na classe diagnóstica de Transtornos Neurocognitivos.

O transtorno neurocognitivo não especificado, diagnostica-se quando não se consegue determinar a certeza da origem exata para que seja feita uma atribuição etiológica (APA, 2014).

Após a breve apresentação de todos os tipos de transtornos neurocognitivos, segundo o DSM-V, observa-se que estes apresentam aspetos comuns e distintos, sendo necessário uma avaliação cautelosa das características dos défices cognitivos e das alterações comportamentais (APA, 2014).

3.1.2. Suporte social: conceito e perspetivas

A perceção que uma pessoa tem de ser valorizada, cuidada e amada por outra pessoa define-se de suporte social, fazendo esta parte de uma rede social mútua (Sims et al, 2014). O suporte social é uma construção multidimensional que integra recursos materiais, psicológicos, emocionais e informativos (Ribeiro, et al, 2012). O apoio emocional refere-se ao facto de ser valorizado, cuidado e apoiado por alguém que se encontra disponível para oferecer assistência. O apoio material está relacionado com a assistência dada nas atividades diárias e na resolução de problemas. O apoio informativo relaciona-se com a obtenção de informações úteis de forma a lidar com os problemas que possam surgir e o apoio psicológico consiste numa postura de incentivo, escutar e reforçar de forma positiva (Ribeiro, et al, 2012). Os idosos acedem a estes recursos através das suas redes sociais, o

qual abrange aspetos quantitativos (tamanho da rede social e frequência do comportamento de suporte) e qualitativos (satisfação com as relações sociais e percepção de que receberá apoio caso seja necessário) (Ribeiro, et al., 2012).

Deste modo, o suporte social está associado às trocas positivas entre os elementos da rede social, que auxiliam a manutenção de uma vida saudável e ajudam a lidar com situações adversas (Ribeiro, et al., 2012; Ferreira, 2011). As pessoas que possuem redes de suporte social fortes conseguem enfrentar situações adversas de forma menos intensa (Resende, Bones, Souza, & Guimarães, 2006). A avaliação do suporte social pode variar tendo em conta o contexto em que o indivíduo está inserido (Siqueira, 2008).

O suporte social, além de estar associado às pessoas disponíveis para a prestação de cuidados, refere-se, também, à percepção que a pessoa tem de quem lhe presta apoio e serviços. (Ramos, 2002). E de acordo com autores, o estado de saúde está mais relacionado com o suporte percebido, do que com o suporte objetivo que a pessoa recebe. O suporte percebido refere-se ao suporte que a pessoa percebe como disponível e a certeza de que tem alguém a quem recorrer quando necessário (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira, 2011).

O suporte social pode, também, ajudar as pessoas em determinados atos resultantes de quadros patológicos, os quais podem levar a pensamentos suicidas, alcoolismo e sentimentos de medo e desconforto perante a exposição à avaliação social (Kaskie, Gregory, & Gilder, 2009). Em pessoas com doenças crónicas o suporte social é também um fator de grande relevância o que ajuda na diminuição de sentimentos negativos e numa melhor adesão ao tratamento, tornando a recuperação mais eficaz e não sendo necessária tanta medicação (Pedroso & Sbardelloto, 2008). No que diz respeito à dimensão familiar e social a presença de disfunções poderá originar problemas ao nível da saúde mental (Mazza & Lefèvre, 2004). A existência ou não de suporte social nestas situações poderá implicar consequências distintas, isto é, a interação social pode funcionar como um fator de protetor.

Pietrukowicz (2001) refere a existência de suporte social direto e indireto. O suporte social direto tem impacto sobre o bem-estar sem ter em conta a exposição ao stress (quanto maior o suporte social menor o mal estar e quanto menor apoio social maior é a probabilidade de transtornos). O efeito indireto ou amortecedor funciona como intermediário de outros fatores que podem influenciar o bem-estar, ou seja, as pessoas que estão expostas a acontecimentos sociais stressantes e que têm baixo suporte social tendem a ter comportamentos negativos.

Barrón (1996) distingue a perspetiva estrutural, funcional e contextual sobre o suporte social. A perspetiva estrutural está associada ao número de relações sociais que a pessoa mantém e a frequência de interação com elas. A perspetiva contextual está associada à associação entre o suporte social o meio ambiente e o contexto social em que o suporte é percebido, dado e recebido. A perspetiva funcional está relacionada com o apoio emocional (compreensão, simpatia, empatia e motivação), material (ajuda nas tarefas

do quotidiano, cuidados de saúde, ajuda monetária) e informacional (informações ou indicações que ajudam estas pessoas numa melhor compreensão de tudo o que os rodeia). O suporte social assegurado pela família distingue-se do que é dado por serviços públicos ou profissionais, pois a família é motivada por sentimentos de amor e obrigação, contrariamente aos sistemas formais que intervêm ocasionalmente (Shanas, 2016). Quanto maior for o suporte familiar, menor será a prevalência de perturbações de ansiedade e humor (Shanas, 2016). As pessoas viúvas ou separadas, que vivem sozinhas ou não têm ninguém com quem possam interagir tendem a apresentar maiores níveis de depressão, níveis de funcionalidade mais baixos e uma perceção insatisfatória em relação ao suporte social (Mullins & Dugan, 1990).

A relação entre o suporte social e o envelhecimento é complexa, devido à grande heterogeneidade das pessoas idosas e às diferentes experiências vividas por cada um (Bowling, 1991). A probabilidade de morte em idosos com menos suporte social é o dobro dos que possuem boas redes de suporte social, mesmo tendo em conta hábitos tabágicos, alcoolismo, obesidade (Pietrukowicz, 2001; Thoits, 2011).

Quando as pessoas se sentem doentes e sozinhas, o facto de existir um bom suporte social, contribui para que a pessoa se possa abstrair dos pensamentos recorrentes negativos sobre a doença, apresentando um melhor nível de bem-estar (Baptista, 2005; Deng, Hu, Wu, Dong, & Wu, 2010). O suporte social é, também, considerado um redutor de ansiedade, esquizofrenia, depressão, transtornos psiquiátricos e psicológicos, ajudando também no tratamento dos mesmos (Baptista, Baptista, & Torres, 2006).

Considera-se ainda que o apoio social tem consequências físicas positivas, na medida em que o suporte social contribui para que as pessoas não adquiram maus hábitos que prejudiquem o sistema imunológico, nervoso e cardiovascular e que estes gerem sofrimento (Shanas, 2016). Alguns autores defendem que o suporte social está associado ao estatuto socioeconómico, ou seja, os idosos que pertencem a classes económicas mais desfavorecidas estão mais isolados e conseqüentemente recebem menos cuidados (Lee et al, 2017).

Apesar do suporte social implicar importantes benefícios, este pode ter um impacto negativo quando há uma excessiva assistência e dependência em relação às pessoas que prestam apoio (Sims et al, 2014). Em relação aos efeitos negativos resultantes do suporte social, refere-se a irregularidade entre a pessoa que presta apoio e a pessoa que recebe apoio. Ou seja, quando a pessoa que fornece apoio e a pessoa que recebe suporte não consegue retribuir essa ajuda, isso gera mal-estar psicológico (Sims et al, 2014).

Outro do possível efeito negativo é a falta de autoestima, ou seja, os idosos podem ter a perceção de falta de autonomia e incapacidade para retribuir a ajuda que recebem (Sims et al, 2014). O que pode gerar insatisfação, depressão, ansiedade assim como sentirem-se um peso para os cuidadores (Sims et al, 2014).

4. Instrumentos para a avaliação do suporte social

A avaliação do suporte social na população idosa requer a utilização de instrumentos válidos, simples, concisos e de fácil aplicação devido às dificuldades que as pessoas idosas apresentam em responder a instrumentos (Ribeiro, et al., 2012). Existem múltiplas técnicas de avaliação do suporte social com diferentes dimensões ou componentes. Segundo Ribeiro (2011) os instrumentos de avaliação do suporte social em contexto de saúde possuem propriedades psicométricas fracas e avaliam diferentes concepções de suporte social. A seguir são apresentados alguns desses instrumentos.

A Escala de Redes Sociais de Lubben (Lubben Social Network Scale-LSNS) desenvolvida por Lubben (1988) foi adaptada para a população portuguesa por Ribeiro, et al (2012). Esta versão adaptada é constituída por 6 itens (LSNS-6) e é o instrumento mais utilizado para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos institucionalizados. Esta adaptação teve como objetivo primordial tornar o instrumento mais simples e rápido tendo em contas as dificuldades das pessoas mais velhas em completar um instrumento extenso. Este instrumento apresenta dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade.

Outro instrumento utilizado na avaliação do suporte social é o Questionário de Apoio Social (SSQ- R), Versão Reduzida (SSQ6) de Moreira, et al (2002), versão portuguesa do "Social Support Questionnaire" Sarason, Levine, Basham, & Sarason (1983). Este instrumento avalia o suporte social percebido (o número de pessoas disponíveis para dar apoio) e a satisfação com esse apoio. Este questionário é composto por seis questões e em cada uma delas pede-se a indicação do número de fontes de suporte social percebido e posteriormente é feita a avaliação da satisfação com esse suporte, numa escala de Likert de seis pontos ("Muito satisfeito" a "Muito insatisfeito").

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é outro instrumento para avaliar o suporte social (Pais-Ribeiro, 1999). Trata-se de um instrumento constituído por 15 itens de autopreenchimento que avaliam 4 dimensões: satisfação com as amizades, existência de suporte social intimo, satisfação familiar, e satisfação com atividades sociais que realiza. A pessoa deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação numa escala de Likert "concordo totalmente", "concordo na maior parte", "não concordo nem discordo", "discordo a maior parte", e "discordo totalmente". Escala de Suporte Social do MOS (MOS Social Support Survey) de Sherbourne & Stewart (1991) foi validada para o Português Europeu realizados com pessoas com doença crónica por Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira (2007) e com pessoas residentes na comunidade por Ponte & Pais- Ribeiro (2008). Este inclui 19 itens distribuídos em 4 dimensões: interação social positiva, suporte social tangível, suporte social afetivo e suporte social emocional e informativo.

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS - Older

Americans Resources and Services) foi desenvolvido por Fillenbaum & Smyer, (1981) e adaptado para o Português Europeu por Rodrigues (2008). Este instrumento avalia de forma multidimensional a funcionalidade dos mais velhos, o qual inclui 5 subescalas: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física, atividades de vida diárias (AVD) e a utilização de serviços. A subescala dos recursos sociais, inclui perguntas que vão desde o número de contactos telefónicos realizados na última semana, à existência de alguém em quem confiar, presença de sentimentos de solidão, entre outras. Esta subescala contém ainda questões que são respondidas pelo entrevistador e uma classificação final dos recursos sociais do idoso composto por 6 níveis (desde “recursos sociais totalmente insatisfatórios” a “recursos sociais muito bons”).

5. Suporte social e cognição na velhice

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o apoio social um preditor do estado mental e físico e, dessa forma, tem referido a necessidade de prevenção do isolamento social para garantir saúde no envelhecimento. Tendo em conta alguns estudos, o sentimento de insatisfação perante o apoio social aumenta a probabilidade de sintomas depressivos e défice cognitivo (Yeh & LIU, 2003; Chiao, Weng, & Botticello, 2011).

Alguns autores referem que o suporte social apresenta um papel fulcral na saúde física e mental, assim como, na manutenção da mesma no envelhecimento, podendo desacelerar o declínio cognitivo (Seeman, Albert, Lusignolo, & Berkman, 2001; Ribeiro et al, 2012). Segundo Zhu, Hu, & Efirid (2012) os idosos que apresentam menos contactos sociais apresentam uma maior vulnerabilidade a declínio cognitivo e demência comparativamente com os idosos que apresentam mais ligações sociais.

Holtzman et al (2004) defende que o suporte social se relaciona com um melhor desempenho cognitivo, nos domínios mentais como a linguagem, o pensamento abstrato, o reconhecimento e a perceção espacial. Holtzman et al (2004) refere ainda que o suporte social funciona como uma espécie de “retardador” das funções cognitivas. Contudo, esta relação só acontece quando intensidade/dimensão do suporte é equivalente ao necessário, uma vez que, no estudo de Sims et al (2014), se constatou- que quando o apoio social recebido é superior ao necessário, o idoso pode sentir-se um peso para os outros e entrar em declínio cognitivo (Sims, Levy, Mwendwa, & Clive, 2011).

Com o avançar da idade os idosos podem começar a apresentar comprometimento cognitivo e, conseqüentemente perdas ao nível da funcionalidade, que se inicia com a presença de dificuldades na realização das atividades de vida diárias, como cozinhar, vestir-se, fazer compras, conduzir (funções executivas) (Moreira & Oliveira, 2005). Perante esta situação, a família, assume muitas vezes essa responsabilidade e os idosos vão deixando de as realizar, o que pode agravar o grau de dependência.

As relações sociais familiares ou não familiares são fatores essenciais que permitem a prevenção do surgimento de incapacidade no envelhecimento (Mullins & Dugan, 1990). As redes de suporte social são fundamentais na preservação das funções cognitivas. As atividades de lazer, visualização de programas televisivos, realização de atividades manuais, podem também apresentar um efeito protetor das funções cognitivas visto que produzem estimulação cognitiva. Estas atividades tais como outras que envolvem aprendizagem, estimulação cognitiva e mecanismos compensatórios das redes sociais permitem a preservação das capacidades funcionais (Gonzaga & Nunes, 2008). O suporte social possui ainda uma função relevante perante acontecimentos de vida stressantes, o qual contribui na diminuição das reações contrárias ao stress fisiológico e excitação fisiológica (Seeman, Lusignolo, & Berkman, 2001).

No âmbito do estudo da relevância do suporte social nos idosos, o estudo de Miller (1986) revelou que os 100 doentes que estavam em internamento e que recebiam suporte

familiar conseguiram adaptar-se de forma mais rápida e eficaz à incapacidade e apresentavam melhores níveis de bem-estar. Na mesma linha, o estudo de Schwarzer & Leppin (1991) indicou que a falta de saúde é predominante nas pessoas com baixo ou nenhum suporte. Outros estudos realizados sobre a temática revelaram efeitos positivos do suporte social e das redes sociais no abrandamento dos sintomas provenientes de doenças crônicas nos idosos (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, & Hamovitch, 1992; Penninx, et al., 1999;Kriegsman, van, Penninx, Deeg, & Boeke, 1997).

O estudo de Cutrona, Russell, & Rose (1986) e o estudo de Krause, Liang, & Yatomi (1989) realizado com idosos com sintomatologia depressiva, analisou a relação entre stress e suporte social percebido. Os autores concluíram que quanto maior for o stress, maior é a sintomatologia depressiva e quanto menor é o suporte social pior é o estado de saúde física e mental.

Os estudos de Muramatsu, Yin, & Hedeker (2010), Swindle, (2010), Deng, Hu, Wu, Dong, & Wu, (2010), Merz & Consedine, (2009);Brown, (2003), Sugisawa, Liang, & Liu, (1994), Olsen, Olsen, Gunner-Svensson, & Waldstrom, (1991) sobre a relação entre o suporte social e a qualidade de vida dos idosos, constatou que o suporte social está relacionado com reduz o risco de mortalidade e com uma maior longevidade das pessoas.

Ma, et al, (2015) avaliaram a relação entre o suporte social e a qualidade de vida de 214 idosos divididos em dois grupos (idosos com osteoporose primária e idosos normais). Neste estudo para avaliar o suporte social foi utilizado o Social Support Rating Scale (SSRS), questionário Short-Form (SF-36 Scale) para avaliar a qualidade de vida e foi ainda realizada a medição (BMD) com o intuito de avaliar a perda de massa óssea. Os resultados indicaram que o suporte social e a qualidade de vida foram significativamente diferentes entre os idosos com osteoporose e os idosos normais, ou seja, os indivíduos sem osteoporose possuem melhor qualidade de vida do que os idosos portadores da doença.

Boen, Dalgard, & Bjertness, (2012) avaliaram o suporte social, problemas de saúde somática e problemas socioeconómicos com dificuldade psicológica. A amostra foi constituída por 4000 idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Neste estudo para avaliar o sofrimento psicológico foi utilizada a lista de verificação de sintomas, Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) e para avaliar o suporte social utilizou-se a escala, Social Support Scale (OSS-3). Os resultados indicaram uma forte associação entre a falta de suporte e sofrimento psicológico. A falta de suporte e problemas de saúde somática foram associados à angústia psicológica em idosos. Verificou-se ainda que as deficiências físicas reduziram o apoio social, aumentando assim a dificuldade psicológica. A combinação de fraco suporte social, problemas de saúde somática e problemas económicos pode representar uma situação vulnerável em relação à saúde mental dos idosos.

Howie, Troutman- Jordan, & Newman, (2013) avaliaram a influência do suporte social no envelhecimento bem-sucedido com uma amostra de 154 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Neste estudo para avaliar o suporte social foi utilizada a escala de redes sociais de Lubben (Lubben Social Network Scale -LSNS-R) e um questionário (SAI)

com 20 itens do tipo likert com declarações sobre o envelhecimento bem-sucedido e a relação com o suporte social no qual os idosos indicam se as declarações se aplicam ou não a si mesmo. Com este estudo concluiu-se que níveis elevados de suporte social estão positivamente relacionados com o envelhecimento bem-sucedido. O estudo desenvolvido por Tang & Lee, (2011) avaliou o suporte social e as expectativas de envelhecimento e mudança. A amostra deste estudo foi constituída por 4611 participantes com idade igual ou superior a 50 anos. A recolha de dados foi feita através de entrevista telefónica assistida por computador (Computer-assisted Telephone Interview - CATI), deste modo as pessoas com idade mais avançada esperavam suporte e ajuda regulares enquanto que as pessoas que não apresentavam previsão de idade em relação à mudança, não conheciam os serviços das comunidades e fontes de informação para cuidados esperavam envelhecer para se mudar.

6. Institucionalização e suporte social na velhice

O suporte social é um fator especialmente relevante no envelhecimento devido ao elevado número de idosos que vivem sozinhos ou residentes em comunidades, sem assistência familiar. As redes sociais de suporte são essenciais nos idosos visto que aliviam o stress e retardam o desenvolvimento de doenças assim como possuem uma função positiva no processo de recuperação em doenças (Neto & Corte-Real, 2013).

A institucionalização é uma realidade relativamente atual e crescente nos idosos, resultante da prevalência de patologias que afetam a dependência e autonomia assim como a redução das capacidades de adaptação (Baltes & Smith, 1997). Outro fator é a diminuição do suporte familiar devido as exigências do mercado de trabalho. Nas situações em que a prestação de cuidados domiciliários formais ou informais não é possível ou não é suficiente, verifica-se a institucionalização (Paúl & Ribeiro, 2012). Os cuidados informais referem-se às tarefas do dia-a-dia que são executadas por outra pessoa que não é profissional e os cuidados formais são realizados por profissionais de saúde ou ação social. A prestação de cuidados é, frequentemente, uma situação que gera stress nas pessoas idosas dependentes (Paúl & Ribeiro, 2012).

A opção da família pela institucionalização de um familiar idoso pretende proporcionar condições que eles próprios não tinham possibilidade de lhe fornecer, tais como cuidado contínuo e conforto garantindo-lhe assim uma melhor qualidade de vida (Neto & Corte-Real, 2013). A institucionalização para alguns idosos pode não ser um processo voluntário enquanto que, para outros, que vivam sozinhos ou sem família poderá constituir a única opção (Mazza & Lefèvre, 2004). Alguns autores defendem que o processo de institucionalização nem sempre é visto de forma positiva pelo idoso, podendo implicar consequências para o mesmo. Essas consequências advêm da distanciação com as pessoas que lhe são significativas, dificuldade de adaptação à institucionalização assim como o contacto com pessoas que desconhece, sentimento de insegurança, tristeza, abandono e medo. O processo de institucionalização é vivenciado, maioritariamente, como sendo um processo doloroso, embora alguns idosos provenientes de classes sociais desfavorecidas possam, por vezes, considerar esta mudança estável e tranquila (Born & Boechat, 2002). Por outro lado, muitos idosos são eles próprios a admitir que precisam de ser institucionalizados para que tenham estabilidade, apoio sempre que necessário e para que se sintem mais seguros e protegidos. Alguns autores referem que as pessoas institucionalizadas apresentam maiores níveis de solidão comparativamente com as pessoas não institucionalizadas assim como os níveis de depressão são superiores em pessoas institucionalizadas (Black, Rabins, German, McGuire, & Roca, 1997).

A família representa uma posição relevante na prestação de suporte, a qual é vista pela sociedade no que diz respeito aos aspetos de segurança e confiança. Os idosos que não

têm familiares próximos e conseqüentemente pouco suporte social estão associados a maiores taxas de mortalidade e patologias (Aranha, 2004). Conseqüentemente ao processo de institucionalização, verificam-se situações em que os familiares deixam de manter contacto com os idosos o que é potenciador de sentimentos de solidão e á outras situações em que os familiares continuam a manter contacto com os idosos regularmente quer por telefone ou visitas (Barroso & Tapadinhas, 2006).

O suporte social é considerado por alguns autores como sendo a função primordial das redes sociais, o qual é prestado por pessoas ou instituições (Barrón, 1996). No entanto (Rodrigues & Silva, 2013) referem que as redes sociais não se definem apenas por fornecer suporte, refere-se também as interações sociais (redes de apoio formal e redes de apoio informal).

As redes sociais são relacionamentos que permitem enfrentar a vida diariamente, as quais geram cuidados contínuos e as quais oferecem oportunidades de companheirismo e relacionamentos sociais (Tang e Lee, 2011). Ao longo do ciclo de vida ocorrem várias mudanças, tal como a reforma, perdas relacionadas à idade e situações críticas da vida, as quais podem levar a que estas pessoas com idade mais avançada tenham a necessidade de mudança (Schiambre & Mckinney, 2003). Assim como a diminuição das redes sociais em pessoas com idade mais avançada pode ser desencadeador de algumas mudanças (Schiambre & Mckinney, 2003). Essas mudanças podem estar relacionadas com a decisão da institucionalização.

As pessoas com um maior leque de redes sociais podem apresentar mais expectativas de envelhecer na sua própria casa ou perto de familiares ou amigos (Tang e Lee, 2011). Contudo, o processo de envelhecimento na própria casa torna-se cada vez mais complicado à medida que as pessoas envelhecem, visto que a vulnerabilidade a doenças e deficiência é maior, assim como a necessidade de assistência.

A institucionalização poderá, no entanto, contribuir para aumentar a auto estima, estabelecer interação e, conseqüentemente, fomentar a estimulação cognitiva entre idosos. Com a evolução da doença, os idosos institucionalizados, tornam-se cada vez mais dependentes e a necessidade de cuidados e suporte é cada vez maior (Barroso & Tapadinhas, 2006). Atualmente, as instituições preocupam-se cada vez mais com a estimulação cognitiva e motora, tendo como principal intuito reverter ou diminuir as perdas resultantes do processo de envelhecimento. A promoção de atividades que envolvam a participação de todos os idosos da instituição, de forma a estabelecer relações de amizade entre estes que funcionam como um transmissor de ânimo e promovendo ao mesmo tempo bem-estar psicológico (Born & Boechat, 2002).

7. Funcionamento cognitivo e suporte social na velhice

Neste tópico apresentam-se diversos estudos sobre o suporte social e o funcionamento cognitivo no processo de envelhecimento, de forma a adquirir uma melhor compreensão acerca da relação entre ambas as variáveis.

Crooks, Lubben, Petitti, Little, & Chiu (2008) defendem que as redes sociais, tendo em conta o número de relações e frequência dos contactos, ajudam a preservar as funções cognitivas assim como facilitam o acesso aos cuidados de saúde e a manutenção da qualidade de vida, prevenindo assim patologias do cérebro ou outras situações que afetam a cognição.

Bassuk, Glass, & Berkman, (1999) propuseram que o estabelecimento de um maior número de relações e atividades sociais podem precaver ou retardar a decadência cognitiva na velhice, assim como, o estudo de Holtzman, et al, (2004) no qual se destaca que quanto maior for o apoio social recebido menor é o declínio cognitivo na velhice e a interação em redes sociais maiores está diretamente relacionado com a preservação da função cognitiva aproximadamente 12 anos.

As relações sociais saudáveis com amigos e familiares geram estimulação mental contínua, melhora as estratégias cognitivas, assim como podem levar a um aumento do crescimento neural e densidade sináptica, retardando o declínio cognitivo (Zunzunegui, Alvarado, Del-Ser, & Otero, 2003). As pessoas que possuem uma melhor estrutura neural conseguem uma melhor aprendizagem e manutenção das suas capacidades assim como um melhor estabelecimento de relações sociais. As experiências de vida, tal como o envolvimento em atividades de lazer social, podem facultar reservas cognitivas, originando assim um processo de deterioração cognitivo mais lento em idosos (Scarmeas & Stern, 2003).

Lee, et al., (2017) avaliaram o suporte social e o funcionamento cognitivo em idosos Coreanos com 65 anos ou mais sendo a amostra composta por 1540 participantes. O principal objetivo foi analisar de que forma o suporte social tangível, fornecido pelos pais e filhos, poderia reduzir o declínio cognitivo. Na recolha de dados recorreram ao Mini Mental State Examination (MMSE). Conclui-se então que o baixo nível de apoio social nos idosos diminui a função cognitiva e aumenta a incidência de demência, assim como, o tipo de apoio social entre pais e filhos influencia a diminuição da função cognitiva, logo, incentivar a dar e receber entre pais e filhos pode ajudar a proteger os idosos do declínio cognitivo.

Outro estudo, realizado por Liao & Scholes, (2017), foi analisada a relação entre o suporte social, rede social e o declínio cognitivo. Os instrumentos para a recolha de dados foram baterias de avaliação cognitiva. Os resultados revelaram a existência de especificidades desta relação em função do género. Nas mulheres o apoio social de crianças e amigos estava positivamente associado à função cognitiva, enquanto, nos homens todos os tipos de

ligações sociais foram associadas a declínio acelerado. Zamora-Macorra, et al., (2017) avaliaram a influência do suporte social através do Latent Class Analysis (avaliar o índice de níveis de rede e função cognitiva através do índice de coesão social, índice de suporte social e índice de confiança (6 perguntas) que em conjunto criaram o Latent Class Analysis). Este estudo mostrou que os níveis de suporte social médios e altos podem produzir uma possibilidade de decréscimo défice em idosos com idades entre os 71-80 anos. A partir dos 80 anos não existe relação entre as variáveis.

De forma a avaliar as funções cognitivas, relações emocionais e suporte social percebido em idosos, Pillemer & Holtzer, (2017) efetuaram um estudo no qual utilizaram (Social Support Survey -MOS- SSS), (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status - RBANS) para a recolha de dados. Os resultados deste estudo revelaram que as relações emocionais e a forma como se percebem as emoções variam em função do sexo, níveis mais elevados de apoio emocional percebido estavam associados a pontuações mais elevadas nas mulheres, mas não em homens. Concluiu-se que as associações entre o apoio emocional/informativo percebido e a interação social positiva sugerem que o envolvimento social pode ser um alvo importante para procedimentos de intervenção para indivíduos em risco de declínio cognitivo e demência.

Eisele, et al, (2012) avaliaram o suporte social, a cognição e a mortalidade na velhice. Para avaliar o suporte social percebido utilizaram um questionário padronizado e validado (14-item version of the FSozU), para avaliar a cognição utilizaram a bateria de testes neuropsicológicos para o diagnóstico de demência (The Neuropsychological test battery of the Structured Interview for the Diagnosis of Dementia - SIDAM), para avaliar a influência do suporte percebido nas mudanças cognitivas foi utilizada (Multivariate ANCOVA) e a mortalidade foi avaliada por regressão logística e Cox regression. Neste estudo concluiu-se que o suporte social não influenciou a cognição e a mortalidade durante um período de observação de 18 meses.

Sims, et al, (2014) avaliou a influência do suporte social e da função cognitiva. Para recolher dados utilizaram testes neuropsicológicos (Response inhibition, Visuospatial ability, Visuoconstructional ability, Nonverbal memory, Perceptuo-motor speed and executive function, Attention and working memory, Verbal memory) e Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), a qual é utilizada para medir a percepção da disponibilidade de apoio social. Verificaram-se algumas relações inversas, tais que maior suporte social em várias funções foi associado a uma memória não-verbal e inibição de respostas mais pobres. Este estudo demonstrou que o suporte recebido, muitas das vezes, pode ser visto como um peso para os idosos (quando é superior ao necessário) e as capacidades cognitivas fluidas refletiram esse fenómeno.

Kats, et al (2016) analisou as associações do apoio social e função cognitiva da meia-idade até ao final da vida em Afro-Americanos e Caucasianos. Os recursos utilizados foram a Interpersonal Support Evaluation List (ISEL-SF), constituída por 16 itens que avalia a percepção do indivíduo sobre o seu suporte social e a escala de Lubben Social Network

Scale (LSNS) que avalia o suporte recebido. Este estudo indicou que níveis mais altos de apoio social se encontram moderadamente associados a uma maior função cognitiva multidimensional na meia-idade, mas o apoio social da meia-idade não foi associado à mudança temporal na função cognitiva global ao longo dos 20 anos na vida tardia.

Millán- Callenti, Sánchez, Lorenzo- López, Cao, & Maseda (2013) avaliaram o suporte social, a extensão do contacto com os outros e a satisfação com os contactos e a disponibilidade de ajuda. Para a recolha de dados estes autores utilizaram uma versão espanhola estandardizada (Older Americans Resources and Services-OARS), a escala (Social Resources Scale- SRS) que avalia a adequação do suporte social, Mini-Mental State Examination (MMSE) utilizado para avaliar o estado cognitivo e (Geriatric Depression Scale-Short Form- GDS-SF) utilizada para avaliar sintomas depressivos. As conclusões do estudo indicaram que o suporte social é importante para a saúde mental dos idosos. No que respeita à primeira dimensão do apoio social, a extensão dos contactos com outros, verificou-se que uma pessoa com contacto limitado com outros é mais propenso a desenvolver comprometimento cognitivo. Em contraste, nenhuma associação significativa foi encontrada entre a extensão do contato e a presença de sintomas depressivos ou a co-ocorrência de comprometimento cognitivo e sintomas depressivos.

Li, et al, (2016) estudaram idosos chineses, como forma de, avaliar a depressão entre idosos institucionalizados e idosos em internamento. Os instrumentos utilizados foram a Escala de depressão Geriátrica (GDS) para avaliar a depressão e o Mini Mental State Examination (MMSE) para avaliar o estado cognitivo. Os resultados desta investigação indicam que a depressão se encontra associada ao comprometimento cognitivo leve. No entanto, os idosos institucionalizados apresentaram maiores níveis de depressão.

8. Apresentação do estudo

8.1. Objetivos

Este estudo sobre suporte social e cognição em idosos institucionalizados surge no âmbito do projeto *Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration (ICON)* e no âmbito da realização da dissertação conducente ao grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Os principais objetivos desta investigação são:

- Avaliar o suporte social de pessoas idosas institucionalizadas em lares da Beira Interior;
- Averiguar se existem diferenças ao nível do suporte social entre pessoas idosas em função do género e o grupo etário.
- Avaliar o funcionamento cognitivo global e a atenção e orientação, memória, linguagem, capacidade visuo espacial e fluência verbal de idosos institucionalizados na Beira Interior;
- Averiguar se existem diferenças ao nível da cognição entre pessoas idosas em função do género, grupo etário e em risco de isolamento e com redes de suporte.
- Analisar a relação entre o suporte social e a cognição de pessoas idosas institucionalizadas na Beira Interior.

8.2. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. Transversal porque se realiza num único momento e foca-se numa população de interesse (idosos institucionalizados) e descritivo porque consiste em apresentar de forma organizada informações sobre os participantes do estudo. Como a metodologia deste estudo consiste na recolha de dados, apresentação e análise de relação entre as variáveis que permite a quantificação, comparar os resultados com literatura já existente e consequentemente tirar conclusões este é um estudo quantitativo (Fonseca, 2002; Marconi & Lakatos, 2004).

9. Método

9.1 Participantes

Tabela 15. Caracterização sociodemográfica dos participantes (N=67).

	N	n	%
Género	67		
Feminino		52	77.6
Masculino		15	22.4
Estado Civil	67		
Viúvo		43	64.2
Casado		10	14.9
Solteiro		9	13.4
Divorciado		4	6.0
Não respondeu		1	1.5
Nível de Escolaridade	67		
Analfabeto		20	29.9
1º ao 3º ano		16	26.9
4º ao 6º ano		28	41.8
7º ao 9º ano		3	4.5
Profissão	67		
Não respondeu		8	11.9
Agricultura		10	15
Lanifícios		29	43.5
Comércio		5	7.5
Domésticas		11	16.5
Não trabalhou		1	1.5
Outros		5	7.5

Participaram neste estudo 67 pessoas institucionalizadas em lares com idades compreendidas entre os 66 anos e os 101 anos sendo a média de idade da amostra de 82.63 ($DP= 7.24$). Dos participantes, 52 participantes (77.6 %) pertencia ao sexo feminino e 15 (22.4%) pertencia ao sexo masculino. O tempo de institucionalização dos participantes encontra-se compreendido dos 2 meses aos 24 anos com uma média de 49.16 ($DP=51.77$). No que diz respeito ao estado civil 43 participantes (64.2%) eram viúvos, 10 participantes (14.9%) eram casados, 9 participantes (13.4%) eram solteiros, 4 participantes (6.0%) eram divorciados e uma das pessoas (1.5%) não respondeu a este item. Relativamente ao nível de escolaridade 20 participantes (29.9%) eram analfabetos, 16 participantes (26.9%) o nível de escolaridade está entre o 1º ao 3º ano, 28 participantes (41.8%) apresentam um nível de escolaridade entre o 4º ao 6º ano e 3 participantes (4.5%) possuem um nível de

escolaridade entre o 7º ao 9º ano.

Quanto à profissão atual ou anterior dos participantes, 8 participantes (11.9%) não responderam, participantes (15%) trabalharam na agricultura, 29 participantes (43.5%) trabalharam em lanifícios (2 participantes que se encontram neste grupo referiram ter tido duas profissões “lanifícios e operária fabril” e “indústria têxtil e tecelão” as quais foram mencionadas), 5 participantes (7.5%) trabalharam no comércio, 11 participantes (16.5%) trabalharam como domésticas, 1 participante (1.5%) não trabalhou e 5 participantes (7.5%) tiveram outras profissões (outros) entre as quais analista de medicação, pastor, tipografia, construção civil e carpinteiro.

9.2 Instrumentos

Para a recolha de dados foi utilizado o protocolo de avaliação desenvolvido no âmbito do *projeto Interdisciplinary Challenges on Neurodegeneration (ICON, CICS- UBI)* o qual se encontra dividido por secções (secção A, secção B, secção C, secção D e Secção E). A secção A avalia as seguintes dimensões: dados sociodemográficos, estado de saúde, estado nutricional, funcionalidade, atividade física, consumo de álcool e tabaco. A secção B avalia a perceção de saúde, dor, cognição, força da mão, qualidade de vida, marcha, saúde mental e suporte social. A secção C avalia dados sociodemográficos, sintomas neuropsiquiátricos do idoso e sobrecarga (apenas em circunstância de défice cognitivo dirigida ao cuidador informal). A secção D avalia sintomas neuropsiquiátricos do idoso (apenas em circunstâncias de défice cognitivo, dirigida ao cuidador formal) e a secção E inclui a GDS, PAINAD e observações (preenchido pelo entrevistador).

Dado o objetivo deste estudo, no âmbito deste trabalho serão analisados os resultados obtidos a partir dos instrumentos a seguir apresentados.

9.2.1. Addenbrooke Cognitive Examination - Revised (ACE-R)

O Addenbrooke Cognitive Examination-Revised (ACE-R) foi desenvolvido por Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnoid, & Hodges (2006) e foi adaptado para a população Portuguesa por Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira e Martins (2010).

Trata-se de um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia 5 domínios: atenção e orientação, memória (evocação diferida, reconhecimento, memória anterógrada, memória retrograda), fluência verbal, linguagem (compreensão, escrita, repetição, nomeação e leitura) e a capacidade visuo espacial. Este instrumento tem sido aplicado em pessoas com diferentes condições clínicas tais como a doença de Alzheimer, demência frontotemporal, demência vascular, doença de Huntington, doença de Parkinson e declínio cognitivo ligeiro (Alexopoulos et al, 2010; Begeti et al, 2013; Kwak et al, 2010; Rittman et al, 2013; Yoshida et al, 2012). A versão final portuguesa do ACE-R contém

adaptações de natureza cultural e linguística nos subtemas memória, linguagem, fluência verbal e visuo espacial. O ACE-R é um instrumento de administração individual e a cotação máxima é de 100 pontos. O ACE-R é também um instrumento utilizado na predição do desempenho de condutores em exame de condução (Ferreira, Simões & Maroco, 2012).

O nível de orientação avalia-se através de perguntas (qual é o dia da semana, dia do mês, mês, ano, estação do ano, edifício em que se encontra, andar/piso, localidade, distrito e país). Para avaliar a memória o participante tem que repetir as palavras que lhe são ditas e também lhe é solicitado que as tente fixar para as dizer mais tarde. Para avaliar a atenção e concentração, questiona-se “Quanto é 100 menos 7?” e depois do participante responder pede-se para que a esse número volte a subtrair 7 (parar após cinco subtrações) e pede-se ainda para soletrar a palavra “MUNDO”.

A memória anterógrada é avaliada pedindo ao participante que repita a morada que o entrevistador lhe diz e a memória retrograda é avaliada através de questões de cultura geral. Em relação à fluência verbal, esta é avaliada solicitando ao participante que nomeie todas as palavras que se lembra e que comecem com a letra “P” e pertencentes à categoria “animais”. O domínio da linguagem avalia-se mostrando cartão estímulo e pedindo ao participante que leia o que está escrito no cartão e também lhe é dito uma frase (ordem com 3 etapas) como forma de testar a compreensão, pedir que escreva uma frase, repita algumas palavras que lhe são ditas, nomeie o que está nas folhas estímulos que lhe são apresentadas (e.g. lápis, relógio) e dessas figuras que nomeou é pedido para apontar qual está associada a determinados grupos (e.g. monarquia, réptil, deserto e navegação).

O domínio visuo espacial é avaliado pedindo para copiar alguns desenhos (pentágonos, cubo), desenhar um relógio redondo com todos os números e colocar os ponteiros a marcar 11h10m e pedindo ao participante para dizer sem apontar para as folhas estímulo “quantos pontos vê em cada quadrado” e “ a letra que está apresentada em cada quadrado”.

Por fim volta a ser pedido ao participante que diga a morada que lhe tinha sido dito anteriormente e caso não consiga recordar-se são dadas pistas com o intuito de testar o reconhecimento.

9.2.3. Global Deterioration Scale (GDS)

A Global Deterioration Scale (GDS) foi desenvolvida por Reisberg, Ferris, de Leon e Crook (1982) e foi traduzida para a população portuguesa por Mendonça e Guerreiro, (2007). A escala de deterioração global é um instrumento utilizado para avaliar indivíduos com défices cognitivos, mais propriamente a demência, sendo constituída por 7 itens. O primeiro item refere-se a ausência de queixas subjetivas de défices de memória, o segundo refere-se a queixas subjetivas de défice de memória, o terceiro item refere-se a ocorrências precoces de défice claro, o quarto item corresponde a défices claramente

evidentes em entrevista clínica (incapacidade para executar tarefas complexas), o quinto item a pessoa não consegue viver sem assistência, o sexto item existência de esquecimento (não se lembrar do nome do conjugue de quem depende inteiramente para viver ou se não se recorda dos acontecimentos de vida recentes) e o sétimo é o nível em que se vão perdendo todas as faculdades verbais (assistência para a higiene e alimentação). Esta escala é preenchida pelo investigador, com base na observação e interação com a pessoa.

9.2.4. Lubben Social Network Scale (LSNS-6)

A LSNS-6 foi desenvolvido nos fins dos anos 80 por Lubben (1988) e foi adaptado para a população portuguesa por Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo Araújo, Barbosa e Paúl (2012). A escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) é um instrumento que pretende avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes em comunidades. Lubben & Gironde (2003) efetuaram a revisão psicométrica da LSNS e propuseram uma versão reduzida LSNS-6 composta por seis itens sendo uma versão mais apropriada para o screening do risco de isolamento social. Esta versão teve como objetivo primordial tornar o instrumento mais rápido e simples tendo em conta as dificuldades das pessoas mais velhas. Esta escala é composta em dois grupos de questões que avaliam as relações familiares assim como as relações de amizade. Os itens do primeiro grupo conjunto referentes à família são: (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês”, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?” e os itens do segundo grupo que se refere aos amigos são: (1) “Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?”, (2) “De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. As opções de resposta a estes itens variam de “0” a “9 e mais”. A pontuação total da escala consiste no somatório dos 6 itens, que vai de 0 a 30.

10. Procedimento

Esta dissertação integra-se no projeto *Interdisciplinary Challenges On Neurodegeneration* (ICON), um projeto financiado pelo Centro2020, que se encontra em curso Centro de Investigação em Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Este projeto tem como finalidade identificar fatores de risco, promover a deteção precoce e desenvolver tratamentos inovadores para doenças neurodegenerativas. Pretende, ainda, identificar fatores genéticos, metabólicos e imunológicos das doenças neurodegenerativas bem como reconhecer fatores ambientais que constituem um risco para as mesmas. Este projeto foi devidamente analisado e autorizado pela comissão de ética da UBI.

Os dados foram recolhidos presencialmente através da aplicação de instrumentos por investigadores devidamente treinados no protocolo de avaliação ICON. A recolha de dados foi realizada por psicólogos e por estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e por estudantes do Mestrado Integrado em Medicina. Todas as recolhas realizadas por estudantes foram supervisionadas por investigadores devidamente credenciados. A recolha dos dados foi realizada em instituições de acolhimento de idosos públicas e privadas da Beira Interior.

Dos participantes avaliados, foram selecionados para este estudo os que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: (1) idosos sem défice cognitivo; (2) idosos institucionalizados com idade igual ou superior a 65 anos. Para este estudo foram selecionados idosos sem défice cognitivo segundo o ACE-R para se garantir a validade de resposta à escala de Addenbrooke Cognitive Examination- Revised (ACE-R) e à escala de Lubben Social Network Scale (LSNS-6).

11. Análise de Dados

A análise de dados foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25. Criou-se a base de dados, incluindo os 67 participantes que cumpriam os critérios necessários para a inclusão no estudo.

Para analisar as características sociodemográficas desta amostra e do suporte social e cognição recorreu-se a estatística descritiva. Estas variáveis foram apresentadas de acordo com a média, desvio padrão (DP), frequências absolutas e relativas.

Posteriormente utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, que indicou que as variáveis em estudo não assumem uma distribuição normal. Deste modo, optou-se pela utilização de testes não paramétricos (Field, 2015).

Para verificar a existência de correlação entre o suporte social e a cognição recorreu-se à correlação bivariável. A correlação analisa a relação existente entre duas variáveis, tendo como principal objetivo encontrar o grau de relação entre elas, ou seja, um coeficiente de correlação que se encontra compreendido entre $-1 < r < 1$. Quando r apresenta valores negativos, as variáveis estão inversamente relacionadas e quando r apresenta valores positivos, as variáveis estão positivamente relacionadas (Bisquerra, Sarriela & Martinez, 2004).

De modo a avaliar a associação entre as variáveis, conforme a distribuição, a tipologia das variáveis em análise e tendo em conta o tamanho da amostra, adotou-se o coeficiente de Spearman. O coeficiente de Spearman permite avaliar a direção positiva ou negativa da correlação (Martins, 2011). Deste modo valores inferiores a 0.19 indicam uma correlação muito baixa, de 0.20 a 0.30 a correlação é baixa, valores entre 0.40 e 0.69 a correlação é moderada. Considera-se elevada quando os valores estão entre 0.70 e 0.89 e acima de 0.89 indicam correlação muito elevada (Poeschl, 2006).

Para avaliar diferenças entre os grupos recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, permite comparar dois grupos tendo em conta que as amostras são independentes. Este teste é utilizado para variáveis numéricas que não apresentam uma distribuição normal ou em relação às quais há homogeneidade das variâncias (Medronho, 2009). Seguidamente, para comparar o Lubben e o ACE- R relativamente ao grupo etário recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. O teste de Kruskal-Wallis é uma extensão do teste de Mann-Whitney e é um teste não paramétrico utilizado para comparar três ou mais grupos (Field, 2015). Para todas as análises realizadas neste estudo, considerou-se um nível de significância de 0,05.

12. Resultados

Neste tópico apresenta-se as frequências descritivas das variáveis em estudo. Posteriormente, expõem-se a análise da relação entre o suporte social e a cognição assim como, a comparação de diferenças entre o suporte social e a cognição tendo em conta o género, grupo etário e o risco de isolamento ou presença de suporte social.

Relativamente à avaliação do funcionamento cognitivo, a aplicação do ACE-R Total, indicou uma pontuação mínima de 10 e uma pontuação máxima f de 63 com uma *média de 40.01 (DP= 12.87)*, no ACE-R subtotal atenção e orientação a pontuação mínima foi 3 e a pontuação máxima foi 23 sendo a *média 10.52 (DP= 3.96)*. No subtotal de memória do ACE-R a pontuação mínima foi de 0 e a pontuação máxima foi de 22 sendo a *média 8.16 (DP=4.69)*. O subtotal fluência apresentou uma pontuação mínima de 0 e máxima de 6 sendo a *média 2.03 (DP= 1.59)*. No ACE-R subtotal linguagem a pontuação mínima 2 e a pontuação máxima foi de 22 com uma *média de 12.07 (DP= 4.42)* e no subtotal visuo-espacial, a pontuação mínima foi de 0 e a pontuação máxima foi de 15 com uma *média de 7.22 (DP= 3.13)*.

Em relação à avaliação do suporte social, avaliado através da escala Lubben, a média da escala total foi de *9.39 (DP= 5.09)*. No Lubben-Família a média foi de *5.49 (DP= 2.89)* e no Lubben- Amigos a média foi de *3.90 (DP=3.87)*.

Tabela 16. Frequências descritivas dos resultados do ACE-R e LSNS-6 dos participantes (N=67).

	Média (DP)
ACE-R Total	40.01 (12.87)
ACE-R subtotal atenção e orientação	10.52 (3.96)
ACE-R subtotal memória	8.16 (4.69)
ACE-R subtotal fluência	2.03 (1.59)
ACE-R subtotal linguagem	12.07 (4.42)
ACE-R subtotal visuo espacial	7.22 (3.13)
Lubben Total	9.39 (5.09)
Lubben Família	5.49 (2.89)
Lubben Amigos	3.90 (3.87)

Tabela 17. Resultados das subescalas e itens da Lubben Família e Lubben Amigos (N=67).

	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 ou 4 n (%)	5 a 8 n (%)	9 e mais n (%)
Lubben Família						
“ Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês”	4 (6.0)	9 (13.4)	18 (26.9)	21 (31.3)	12 (12.79)	3 (4.5)
“De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda”	13 (19.4)	23 (34.3)	20 (29.9)	8 (11.9)	3 (4.5)	—
“Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais”	18 (26.9)	19 (28.4)	17 (25.4)	8 (11.9)	4 (6.0)	1 (1.5)
Lubben Amigos						
“ Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês”	21(31.3)	8 (11.9)	4 (6.0)	12 (17.9)	18 (26.9)	4 (6.0)
“De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda”	40 (59.7)	11 (16.4)	7 (10.4)	5 (7.5)	1 (1.5)	3 (4.5)
“Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais”	39 (58.2)	14 (20.9)	5 (7.5)	5 (7.5)	1 (1.5)	3 (4.5)

Em seguida, realizou-se a análise das frequências dos itens de Lubben Família e Lubben Amigos. Deste modo na tabela 17 encontram-se as respostas dos idosos institucionalizados a estes itens. No item “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês”, 4 participantes (6.0%) referiram nenhum, 9 participantes (13.4%) responderam ver ou falar com 1 familiar pelo menos uma vez por mês, 18 participantes (26,9%) responderam 2 familiares 21 participantes (31.3%) responderam entre 3 ou 4 familiares, 12 participantes (17,9%) referiram 5 a 8 familiares e 3 participantes (4.5%) responderam 9 e mais familiares.

Em relação ao item “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda”, 13 participantes (19.4%) responderam que não tinham nenhum familiar com o qual se sentisse próximo, 23 participantes (34.3%) responderam que tinham um familiar próximo, 20 participantes (29.9%) responderam ter 2 familiares com os quais se sentem próximos, 8 participantes (11.9%) responderam ter 3 ou 4 familiares

dos quais se sentem próximos e 3 participantes (4.5%) responderam ter entre 5 a 8 familiares.

Outro dos itens do Lubben Família “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais”, 18 participantes (26.9%) referem não ter nenhum familiar, 19 participantes (28,4%) referem ter um familiar, 17 participantes (25.4%) responderam ter 2 familiares, 8 participantes (11.9%) responderam ter 3 ou 4 familiares, 4 participantes (6.0%) responderam ter cinco a oito familiares e apenas um participante (1.5%) referiu ter nove e mais familiares.

No que diz respeito ao Lubben Amigos no item “Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês”, 21 participantes (31.3%) responderam não ver ou falar com nenhum amigo, 8 participantes (11.9%) responderam 1 amigo, 4 participantes (6.0%) responderam 2 amigos, 12 participantes (17.9%) responderam entre 3 ou 4 amigos, 18 participantes (26.9%) responderam entre 5 a 8 amigos e 4 participantes responderam 9 e mais amigos.

No item “De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda”, 40 participantes (59.7%) responderam não ter nenhum amigo, 11 participantes (16.4%) responderam ter um amigo, 7 participantes (10.4%) responderam ter dois amigos, 5 participantes (7.5%) responderam ter três ou quatro amigos, 1 participante (1.5%) respondeu ter cinco a oito amigos e 3 participantes (4.5%) responderam ter 9 e mais amigos.

E no item “Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos”, 39 participantes (58.2%) responderam não ter nenhum amigo, 14 participantes (20.9%) responderam ter 1 amigo, 5 participantes (7.5%) responderam ter 2 amigos, 5 participantes (7.5%) responderam ter 3 ou 4 amigos, 1 participante (1.5%) respondeu ter 5 a 8 amigos e 3 participantes (4.5%) responderam ter nove e mais amigos.

Para a análise da relação entre o suporte social e a cognição recorreu-se á correlação bivariável (tabela 18). Atendendo que a amostra não segue distribuição normal e devido ao tamanho da mesma, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Correlacionando o Lubben-Total e o ACE-R Total, constatou-se que a correlação não é estatisticamente significativa, uma vez que o valor $p = .885$.

A análise das correlações entre o ACE-R total e subtotais e a Escala de Lubben Total e subescalas (família e amigos), apenas indicou uma correlação estatisticamente significativa entre o subtotal de memória do ACE-R e Lubben Amigos, com um valor $p = .032$ e o coeficiente de correlação de Spearman de $R = .263$, que corresponde a uma correlação baixa, no entanto, existe uma relação significativa entre a memória e o suporte recebido por amigos.

Tabela 18:
Correlação entre o Lubben e o ACE-R (N=67).

	ACE-R Total	P
Lubben Total		
Coefficiente de correlação Spearman	.018	.885
ACE-R Subtotal memória		
Lubben Amigos		
Coefficiente de correlação Spearman	.263	.032

Tabela 19. Resultados obtidos no Lubben e o ACE-R no teste de Mann-Whitney e por participantes do género feminino e masculino e respectivas médias (DP) e medianas.

	U	P
ACE-R Total	256.50	.044
ACE-R subtotal atenção e orientação	309.50	.224
ACE-R subtotal memória	272.00	.075
ACE-R subtotal fluência	374.00	.806
ACE-R subtotal linguagem	245.00	.028
ACE-R subtotal visuo espacial	331.00	.371
Lubben Total	349.50	.541
Lubben Família	310.50	.229
Lubben Amigos	301.50	.175
Média (DP)		
	Feminino (n=52)	Masculino (n=15)
ACE-R Total	38.31 (12.46)	45.93 (12.94)
ACE-R subtotal atenção e orientação	10.13 (3.57)	11.87 (5.01)
ACE-R subtotal memória	7.60 (4.40)	10.13 (5.28)
ACE-R subtotal fluência	1.98 (1.49)	2.20 (1.94)
ACE-R subtotal linguagem	11.46 (4.37)	14.20 (4.02)
ACE-R subtotal visuo espacial	6.94 (3.13)	8.20 (3.05)
Lubben Total	9.23 (5.08)	9.93 (5.26)
Lubben Família	5.71 (2.82)	4.73 (3.10)
Lubben Amigos	3.52 (3.65)	5.20 (4.43)
Medianas		
	Feminino (n=52)	Masculino (n=15)
ACE-R Total	31.43	42.90
ACE-R subtotal atenção e orientação	32.45	39.37
ACE-R subtotal memória	31.73	41.87

ACE-R subtotal fluência	33.69	35.07
ACE-R subtotal linguagem	31.21	43.67
ACE-R subtotal visuo espacial	32.87	37.93
Lubben Total	33.22	36.70
Lubben Família	35.53	28.70
Lubben Amigos	32.20	39.90

Para a comparação das diferenças entre o ACE-R e o Lubben, tendo em conta o género, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney (tabela 19). A comparação das diferenças entre homens e mulheres no ACE-R Total indica a existência de diferenças estatisticamente significativas ($U=256.50$; $p=.044$), sendo as mulheres a apresentarem uma média inferior 38.31 ($DP=12.46$) aos homens 45.93 ($DP=12.94$). No subtotal linguagem também se observam diferenças no género ($U=245.00$; $p=.028$). A média do subtotal linguagem é superior nos homens 14.20 ($DP=4.02$) do que nas mulheres 11.46 ($DP=4.37$) revelando assim um melhor nível de linguagem no género masculino. No Lubben Total não são observadas diferenças no género ($U=349.50$; $p=.541$) e no Lubben Família e Lubben Amigos também não se observaram diferenças significativas. No entanto observando a média do género masculino no Lubben Total 9.93 ($DP=5.26$) e na subescala Amigos 5.20 ($DP=4.43$), verifica-se que apresentam médias superiores em relação às mulheres. Exceto na subescala Família em que as mulheres apresentam média superior 5.71 ($DP= 2.82$).

Com o objetivo de explorar a existência de diferenças significativas no ACE-R entre participantes com suporte social e em risco de isolamento social, utilizou-se o teste de Mann-Whitney colocando o Lubben como variável de agrupamento (tabela 20). Para tal, criou-se uma nova variável relativa ao resultado da LNSN- 6 a partir do seu ponto de corte (12), sendo que abaixo desse valor representa risco de isolamento social e valores superiores a esse valor indicam existência de redes de suporte. Verificou-se que, dos 67 idosos institucionalizados participantes neste estudo, 49 encontram-se em risco de isolamento social e 18 apresentam redes de suporte. Os resultados não revelaram diferenças estaticamente significativas ao nível do ACE-R Total entre pessoas com suporte social e em risco de isolamento social ($U=434.50$; $p=.927$). No entanto os participantes em risco de isolamento social apresentam uma média significativamente superior no ACE-R Total 40.14 ($DP=13.10$) comparativamente com as pessoas com suporte social 39.67 ($DP=12.59$).

Tabela 20:

Análise de diferenças no ACE-R e respectivas médias(DP) e medianas nos participantes em isolamento social e com suporte social (N=67).

	U	P
ACE-R Total	434.50	.927
ACE-R subtotal atenção e orientação	438.00	.966
ACE-R subtotal memória	404.00	.599
ACE-R subtotal fluência	418.50	.745
ACE-R subtotal linguagem	437.00	.955
ACE-R subtotal visuo espacial	353.00	.210
Média (DP)		
	Isolamento Social (n=49)	Com Suporte Social (n=18)
ACE-R Total	40.14 (13.10)	39.67(12.59)
ACE-R subtotal atenção e orientação	10.57 (4.00)	10.39 (3.97)
ACE-R subtotal memória	8.04 (5.12)	8.50 (3.33)
ACE-R subtotal fluência	1.96 (1.47)	2.22 (1.90)
ACE-R subtotal linguagem	12.08 (4.69)	12.06 (3.70)
ACE-R subtotal visuo espacial	7.49 (3.20)	6.50 (2.92)
Medianas		
	Isolamento Social (n=49)	Com Suporte Social (n=18)
ACE-R Total	34.13	33.64
ACE-R subtotal atenção e orientação	34.06	33.83
ACE-R subtotal memória	33.24	36.06
ACE-R subtotal fluência	33.54	35.25
ACE-R subtotal linguagem	34.08	33.78
ACE-R subtotal visuo espacial	35.80	29.11

Para se analisar a existência de diferenças entre o Lubben e o ACE-R em diferentes grupos etários realizou-se o teste de Kruskal- Wallis. Para tal, a idade dos participantes foi agrupada em (1) idade igual ou inferior a 75 anos (n=12); (2) idade entre os 76 e 85 anos (n=27) e (3) idade igual ou superior a 86 anos. Relativamente aos resultados da escala LSNS- 6, não se observaram diferenças significativas. Em relação aos resultados obtidos ao nível do ACE-R, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no ACE-R subtotal memória ($H=7.62; p=.022$), ACE-R subtotal atenção e orientação ($H=8.47; p=.014$), no ACE-R subtotal linguagem ($H=9.05; p=.011$) e no ACE-R Total ($H=12.17; p=.002$).

Tabela 21. Resultados de Lubben e ACE-R em participantes de diferentes grupos etários (N=67).

	H	P
Lubben Total	1.08	.582
Lubben Família	4.47	.107
Lubben Amigos	1.98	.372
ACE-R Total	12.17	.002
ACE-R subtotal atenção e orientação	8.47	.014
ACE-R subtotal memória	7.62	.022
ACE-R subtotal fluência	4.05	.132
ACE-R subtotal linguagem	9.05	.011
ACE-R subtotal visuo espacial	4.53	.104

Estas diferenças indicam médias inferiores no grupo etário com idade igual ou superior a 86 anos, no ACE-R Total 34.61 ($DP= 12.37$), no ACE-R subtotal atenção e orientação 9.25 ($DP=4.20$), ACE-R subtotal memória 6.57 ($DP=3.88$), ACE-R subtotal linguagem 10.32 ($DP=4.19$) e no ACE-R subtotal visuo espacial 6.36 ($DP=3.18$), comparativamente com o grupo etário (1) e (2). No entanto no ACE-R subtotal fluência o grupo etário com idade entre os 76 e 85 anos, apresentam média inferior 1.63 ($DP= 1.31$) em relação aos outros grupos etários. Desta forma o grupo etário com menos idade apresenta médias superiores em todos os domínios do ACE-R, sendo que, no ACE-R Total a média foi de 50.08 ($DP=11.88$), no subtotal atenção e orientação 12.75 ($DP=4.18$), no subtotal memória 10.75 ($DP=4.63$), no subtotal fluência 2.83 ($DP=1.90$), no subtotal linguagem 14.92 ($DP=3.90$) e no subtotal visuo espacial 8.33 ($DP=3.33$). No Lubben o grupo etário com idade igual ou superior a 86 anos apresentam médias superiores no Lubben Total 9.96 ($DP=4.79$) e Lubben Família 6.36 ($DP=3.63$), enquanto, no Lubben Amigos o grupo etário com média superior 5.00 ($DP=3.49$) corresponde aos participantes com idade igual ou inferior a 75 anos.

Tabela 22. Médias (DP) e medianas no ACE-R e Lubben em participantes de diferentes grupos etários (N=67).

	Médias (DP) Grupos etários		
	= ou <75 anos (n=12)	= ou > 76 até 85 anos (n=27)	= ou > 86 anos (n=28)
ACE-R Total	50.08 (11.88)	41.15 (11.07)	34.61 (12.37)
ACE-R subtotal atenção e orientação	12.75 (4.18)	10.85(3.16)	9.25 (4.20)
ACE-R subtotal memória	10.75 (4.63)	8.67 (5.00)	6.57 (3.88)
ACE-R subtotal fluência	2.83 (1.90)	1.63 (1.31)	2.07 (1.61)
ACE-R subtotal linguagem	14.92 (3.90)	12.63 (4.19)	10.32 (4.19)
ACE-R subtotal visuo espacial	8.83 (3.33)	7.41 (2.78)	6.36 (3.18)
Lubben Total	9.17 (4.39)	8.89 (5.76)	9.96 (4.79)
Lubben Família	4.17 (3.10)	5.19 (2.65)	6.36 (3.63)
Lubben Amigos	5.00 (3.49)	3.70(4.29)	3.61(2.84)
	Medianas		
	= ou <75 anos (n=12)	= ou > 76 até 85 anos (n=27)	= ou > 86 anos (n=28)
ACE-R Total	49.38	35.31	26.14
ACE-R subtotal atenção e orientação	45.54	36.33	26.80
ACE-R subtotal memória	45.08	36.09	27.23
ACE-R subtotal fluência	42.83	29.56	34.50
ACE-R subtotal linguagem	46.92	35.44	27.07
ACE-R subtotal visuo espacial	43.04	35.09	29.07
Lubben Total	34.29	31.17	36.61
Lubben Família	25.54	32.41	39.16
Lubben Amigos	40.96	31.96	32.98

13. Discussão dos resultados

Este estudo centrou-se no estudo da relação entre suporte social no funcionamento cognitivo em idosos institucionalizados. Tendo por base estudos já existentes, suporte social elevado está associado a um menor risco de declínio cognitivo (Seeman et al, 2001; Yeh & Liu, 2003; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003). O estudo Seeman et al, (2001) avaliou as relações sociais, apoio social e padrões de envelhecimento cognitivo em idosos saudáveis com elevado funcionamento cognitivo e verificaram que as relações sociais são essenciais no envelhecimento bem sucedido. Yeh & Liu (2003) estudaram a influência do suporte social na função cognitiva em idosos residentes em comunidades no Taiwan e averiguaram que a função cognitiva mais elevada estava associada a maior apoio social e o estudo de Zunzunegui et al, (2003) avaliou a relação das redes sociais, integração social e a interação social no declínio cognitivo em idosos Espanhóis institucionalizados e concluíram que o envolvimento com amigos era protetor de declínio. Em relação aos resultados do funcionamento cognitivo global e das sub dimensões atenção e orientação, memória, linguagem, fluência verbal, capacidade visuo espacial não constata a existência de uma relação entre o suporte social nos idosos institucionalizados que participaram nesta investigação. Estes resultados corroboram, por exemplo, o observado nos estudos de Sims et al, (2014) em que não existe relação significativa entre o suporte social e a cognição em nenhum domínio e Eisele et al, (2012) que indicam que não existe relação significativa entre o suporte social.

Neste estudo, apenas se observa uma correlação estatisticamente significativa entre um dos subtotais da escala de avaliação do funcionamento cognitivo, relativa à memória e uma das dimensões da subescala de avaliação do suporte social relativa ao apoio dos amigos. Este resultado indica que o suporte recebido pelos amigos poderá ser protetor da memória. Este resultado apoia o constatado pelo estudo inglês longitudinal sobre o envelhecimento de Liao & Scholes (2017) e pelo estudo realizado em idosos residente em comunidades em Espanha por Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, (2003) referem que o suporte recebido pelos amigos era protetor do declínio cognitivo, apesar destas investigações encontrarem este resultado apenas em relação às mulheres. Ou seja, este estudo apoia apenas a existência de uma correlação específica entre o suporte recebido por amigos e a memória não fundamentando uma correlação mais geral entre o suporte social e a cognição. Estes resultados podem estar relacionados com facto de estes idosos serem institucionalizados e por se relacionarem com outros idosos também residentes na instituição e partilharem histórias de vida e desta forma exercitando assim o nível de memória.

A análise das diferenças ao nível da cognição entre os participantes do género feminino e masculino, indica diferenças ao nível do ACE-R Total e na linguagem, que indicam um melhor funcionamento nos homens do que nas mulheres. Este resultado não corrobora, por exemplo, o indicado pelo estudo realizado por Zamora-Macorra, et al. (2017) onde

não se encontram diferenças entre géneros no desempenho cognitivo global nem os resultados de Liao e Scholes (2017), que indicam um maior declínio nas mulheres, sendo que, ao nível da memória os resultados foram similares para ambos os sexos. Estes resultados podem estar relacionados com maior número de laços sociais nos homens do que nas mulheres dentro da instituição o que poderá originar uma melhor estimulação cognitiva.

Em relação à comparação do suporte social entre os participantes do género masculino e feminino deste estudo, não se observam diferenças estatisticamente significativas, o que corrobora os resultados de Pillemer & Holtzer (2017) que indicam que o género não tem uma relação significativa com o suporte social. Estes resultados não estão acordo, contudo, com um conjunto de estudos (e.g. Zamora- Macorra et al, 2017; Sims et al, 2014) que indicam que existe relação significativa entre o suporte social e o género.

Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, a comparação das médias de homens e mulheres indica que as mulheres recebem mais suporte da família do que os homens e que os homens na subescala Amigos e no Total apresentam médias superiores aos das mulheres. Parcialmente os dados indicam que os homens apresentam menor isolamento social e mais laços extrafamiliares. Isto não é consistente com o estudo de Pillemer & Holtzer (2017) em que as mulheres apresentam níveis mais elevados de suporte e o estudo de Seeman et al (2001) em que os laços sociais e o apoio eram semelhantes no sexo feminino e masculino.

No que diz respeito ao suporte social dos participantes, constatou-se que 49 participantes encontram-se em risco de isolamento social e 18 participantes apresentam redes de suporte. Ao comparar os participantes com suporte social e participantes em risco de isolamento relativamente à cognição não se encontraram diferenças significativas, no entanto, observando as médias do ACE- R Total nos participantes em risco de isolamento e as médias dos participantes com suporte parece indicar que as pessoas em risco de isolamento apresentam um nível cognitivo significativamente superior. Estudos como os de Eisele e colaboradores (2012) indicam que o declínio cognitivo foi significativamente maior nas pessoas com baixo suporte social. Nos estudos de Millán- Callenti, Sánchez, Lorenzo- López, Cao, & Maseda, (2013) os participantes com pior nível cognitivo apresentavam maiores redes de suporte social e no estudo Sims et al, (2014) as pessoas que recebiam mais suporte estavam associadas a pior desempenho cognitivo.

A comparação dos resultados do ACE-R entre grupos de participantes de diferentes grupos etários, indicou a existência de diferenças significativas no ACE-R Total e nos subtotais de atenção e orientação, memória e linguagem. Observando as médias os participantes pertencentes ao grupo etário, com idade igual ou superior a 86 anos, apresentam médias inferiores em relação aos restantes participantes no ACE-R Total e subtotais atenção e orientação, memória, linguagem, capacidade visuo espacial, exceto na fluência, indicando assim que estes participantes possuem maior deterioro nestes domínios. Estes resultados vão de encontro com a literatura de Baltes & Smith (2004) em que os idosos

com idade superior a 85 anos apresentam maiores níveis de comprometimento cognitivo. Esta relação entre o aumento da idade e aumento do declínio, também se observa na população em geral e, também, nesta amostra de idosos institucionalizados. Shephard (2003) refere que as pessoas dos 40 aos 65 anos começam apresentar declínio funcional, entre os 65 e 75 anos não se encontram grandes danos na homeostasia, no entanto existem perdas um pouco maiores ao nível funcional, entre os 75 e os 85 anos apresentam danos ao nível da realização das atividades de vida diárias demonstrando ainda alguma dependência. As pessoas com idade superior a 85 anos apresentam altos níveis de dependência e dessa forma a necessidade de cuidados institucionais ou outros.

Contudo, na fluência verbal os participantes com idade igual ou superior a 76 até aos 85 anos apresentam uma média inferior em relação aos restantes participantes, ou seja, parece indicar menor vocabulário e menor inteligência fluida. Relativamente aos participantes com idade igual ou inferior a 75 anos, apresentam médias superiores em todos os domínios cognitivos, ou seja, estes dados parcialmente apoiam um melhor funcionamento cognitivo global. No estudo de Zamora-Macorra, et al (2017) os participantes com idade compreendida entre os 71 e os 80 anos apresentavam baixo declínio.

Em relação á comparação do suporte social dos diferentes grupos etários em que se dividiram os participantes, não se observaram diferenças significativas. Contudo analisando as médias os participantes com idade mais avançada apresentam médias superiores na escala Total e subescala Família comparativamente com os restantes participantes. Estes valores indicam que as pessoas com idade mais avançada recebem mais suporte, talvez devido à presença de maior desvantagem física e cognitiva, necessitando assim de maior apoio emocional e físico dos familiares. Isto porque os cuidados institucionais baseiam-se primordialmente nos cuidados de proteção, alimentação e segurança.

Ou seja, este grupo etário além dos resultados do suporte social indicar de forma parcial maior suporte, ao nível da cognição estes possuem, maior deterioro cognitivo. O estudo de Eisele e colaboradores (2012) também não encontrou influência positiva do suporte social na cognição, em idosos com 80 anos ou mais, corrobora assim o resultado deste estudo.

Os participantes com idade igual ou inferior a 75 anos apresentam média superior na subescala Amigos e média inferior na subescala Família em relação aos outros participantes. Estes resultados poderão dever-se ao facto de existir maior convivência com outros utentes da instituição e os amigos irem visitá-los, mais regularmente que a família. Os resultados deste grupo etário além de demonstrar melhor nível cognitivo, os dados também indicam um nível médio de suporte, no entanto este resultado não vai de encontro com o estudo de Zamora-Macorra et al (2017) em que os participantes com idade entre os 71 e 80 anos foram os que demonstraram maiores benefícios ao nível cognitivo pela presença de suporte social.

Em relação ao grupo etário com idade igual ou superior a 76 anos até 85 anos, as médias nos subtotais Família e Amigos não diferem muito, o que indica que o suporte recebido pela família e amigos é semelhante, no entanto a média global de suporte deste grupo etário é inferior em relação aos restantes grupos etários, indicando menor suporte social. Isto poderá indicar que estes participantes ainda continuam ativos e conseguem realizar as atividades de vida diárias e dessa forma não necessitam de tanto suporte.

Tendo em conta a especificidade do contexto e na realidade que nele se vive, como por exemplo, a dinamização de pouca estimulação que poderia proporcionar maior interação entre os idosos, não se encontrou relação entre suporte social e a cognição em idosos, o que vai de encontro à literatura e à maioria dos estudos.

14. Conclusões

Esta investigação teve como principal objetivo analisar a relação entre o suporte social e o funcionamento cognitivo em idosos institucionalizados da Beira Interior. Este estudo quantitativo e transversal foi realizado com uma amostra de 67 idosos com idades compreendidas entre os 66 anos e os 101 anos, maioritariamente feminina (77,6%), de pessoas viúvas (64,2%) e que trabalharam em lanifícios.

Globalmente, os resultados obtidos nesta investigação não corroboram a existência de uma relação entre suporte social e cognição, amplamente corroborada pela literatura, tanto em amostras de população geral (e. g. Kawachi & Berkman, 2001; Liao & Scholes, 2017) como na população idosa (e. g. Seeman et al, 2001; Yeh & Liu, 2003; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003). Os resultados observados podem estar relacionados com o facto de se tratar de uma amostra de pessoas institucionalizadas. Embora as instituições possam proporcionar o desenvolvimento de amizades devido ao contacto diário, estes idosos aquando da aplicação do protocolo ICON referiam desinteresse na construção de novas amizades com outros idosos da instituição, sendo que os laços de amizade que referiam ter encontravam-se fora da instituição. A relação significativa que se verificou neste estudo entre a memória e o suporte recebido pelos amigos, poderá indicar que o apoio fornecido por amigos traz benefícios ao nível cognitivo, mais propriamente ao nível da memória (Liao & Scholes, 2017; Millán-Callenti et al, 2013).

No que respeita ao nível cognitivo o género masculino apresenta melhor funcionamento cognitivo em todos os domínios. Em relação ao suporte o sexo feminino apresenta maior isolamento e menos laços extrafamiliares comparativamente com o sexo masculino. Provavelmente isto poderá dever-se ao facto de os homens sentirem um maior á vontade do que as mulheres, para partilhar assuntos pessoais assim como pedir conselhos ou ajuda sempre que necessário aos colegas da instituição. Relativamente á avaliação do funcionamento cognitivo, os participantes deste estudo com idade mais avançada apresentam maior degradação cognitiva comparativamente com os participantes com menos idade. Assim, podemos considerar que estes resultados apoiam o constatado na literatura que defende que à medida que a idade avança o funcionamento cognitivo sofre declínio (e. g. Baltes & Smith, 2004; Netto, 2002; Teixeira, 2004).

Em relação ao apoio social com o avanço da idade os resultados indicam maior suporte no geral maioritariamente da família, ou seja, a necessidade de apoio social e de todas as suas dimensões também aumenta (Sims, et al, 2014; Millán-Callenti, et al, 2013; Lee et al, 2017).

Como limitações deste estudo, destaca-se, a nível metodológico, o tamanho da amostra o que afeta a representatividade da amostra e impossibilita a generalização dos dados à população em geral. O facto de ser um estudo transversal é outra das limitações, uma vez que apenas é permitido fazer uma avaliação naquele momento e não ao longo do tempo, o que poderia tornar a investigação mais robusta e descritiva do percurso

desenvolvimental dos participantes. Em relação ao método utilizado na recolha de dados, apesar de se encontrar adaptado a esta população, apresenta limitações quanto ao tempo que é necessário na aplicação do protocolo e dessa forma poderá ter originado algum viés de respostas. Isto é, devido à extensão do protocolo algumas respostas podem ser enviesadas. Outra das limitações foi o facto de não se terem encontrado estudos sobre este tema com idosos institucionalizados, o que dificultou a realização de comparações. Quanto às potencialidades, um dos que se destaca é o facto de se ter como critério de inclusão, a ausência de défice cognitivo. O facto dos participantes, não apresentarem défice cognitivo aumenta a credibilidade aos resultados do estudo, nomeadamente a confiança nos resultados relativos à avaliação do apoio social. Outra potencialidade é o contributo desta investigação para o melhor conhecimento das especificidades dos idosos institucionalizados. Desta forma, esta investigação poderá ser utilizada como recurso para estudos posteriores.

Os resultados deste estudo remetem para questões sobre a forma com a relação entre o apoio social e a cognição na velhice, pode apresentar especificidades em determinadas populações que podem estar relacionadas com as características dos grupos e/ou com dinâmicas dos contextos. Assim, seria importante efetuar estudos com o intuito de avaliar as necessidades de suporte social nos idosos institucionalizados, que por vezes não estão bem ajustadas. A realização de estudos qualitativos com estas variáveis também poderão proporcionar uma melhor compreensão sobre os fatores responsáveis pelos efeitos cognitivos do suporte social no processo de envelhecimento.

Considera-se de extrema relevância otimizar o funcionamento cognitivo e o suporte social para se melhorar a qualidade de vida e dignidade com que se envelhece no contexto institucional. Com o objetivo de colmatar algumas falhas, tais como, a realização de atividades sempre mesmo espaço, a rotina diária ser sempre igual e algumas lacunas do ponto de vista da estimulação cognitiva.

Bibliografia

- Aldwin, C. M., Igarashi, H., Gilmer, D. F., & Levenson, M. R. (2017). *Health, illness, and optimal aging: Biological and psychosocial perspectives*. Springer Publishing Company.
- Alexopoulos, P., Ebert, A., Richter-Schmidinger, T., Schöll, E., Natale, B., Aguilar, C. A., ... & Kneib, T. (2010). Validation of the German revised Addenbrooke's cognitive examination for detecting mild cognitive impairment, mild dementia in Alzheimer's disease and frontotemporal lobar degeneration. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 29(5), 448-456.
- Alves, L. C., Leite, I. D. C., & Machado, C. J. (2010). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1199-1207.
- American Psychiatric Association. (2006). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi.
- APA-American Psychiatric Association. (2014). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais.
- Aranha, V. C. (2004). Envelhecimento e saúde: aspectos psicológicos. *Revista Racine, São Paulo, ano, 14*, 50-58.
- Austad, S. N. (2006). Why women live longer than men: sex differences in longevity. *Gender medicine*, 3(2), 79-92.
- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A. K., Laukka, E. J., & Small, B. J. (2004). Multiple cognitive deficits during the transition to Alzheimer's disease. *Journal of internal medicine*, 256(3), 195-204.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12(3), 395.
- 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., & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in human development*, 1(3), 123-144.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50(1), 471-507.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento-Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *PsicoLogia. com*.
- Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of internal medicine, 131*(3), 165-173.
- Bates, C. J., Benton, D., Biesalski, H. K., Staehelin, H. B., Stehle, P., Suter, P. M., & Wolfram, G. (2002). Nutrition and aging: a consensus statement. *The journal of nutrition, health & aging, 6*(2), 103-116.
- Begeti, F., Tan, A. Y., Cummins, G. A., Collins, L. M., Guzman, N. V., Mason, S. L., & Barker, R. A. (2013). The Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised accurately detects cognitive decline in Huntington's disease. *Journal of neurology, 260*(11), 2777-2785.
- Black, B. S., Rabins, P. V., German, P., McCuire, M., & Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents. *The Gerontologist, 37*(6), 717-728.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC geriatrics, 12*(1), 27.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2002). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. *Tratado de geriatria e gerontologia, 3*.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice, 8*(1), 68-83.
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological science, 14*(4), 320-327.
- 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, 331-357*.
- Cherry, K. E., & Palmore, E. (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology, 34*(10), 849-861.
- Chiao, C., Weng, L. J., & Botticello, A. L. (2011). Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC public health, 11*(1), 292.
- Craik, F. I. (2008). Aging and memory: A cognitive approach. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(6), 346-353.

- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., & Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American journal of public health, 98*(7), 1221-1227.
- Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and aging, 1*(1), 47.
- Deng, J., Hu, J., Wu, W., Dong, B., & Wu, H. (2010). Subjective well-being, social support, and age-related functioning among the very old in China. *International journal of geriatric psychiatry, 25*(7), 697-703.
- Eisele, M., Zimmermann, T., Köhler, M., Wiese, B., Hesel, K., Tebarth, F., ... & Weyerer, S. (2012). Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe. *BMC geriatrics, 12*(1), 9.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of psychosomatic research, 36*(6), 531-541.
- Fachado, A., Montes Martinez, A., Menendez Villalva, C., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: Questionário medical outcomes study social support survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa, (20)*, 525-533.
- Ferreira, I. S., Simões, M. R., & Marôco, J. (2012). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised as a potential screening test for elderly drivers. *Accident Analysis & Prevention, 49*, 278-286.
- Ferreira, Z. P. D. P. (2011). *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada* (Doctoral dissertation, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa).
- Ferris, L. T., Williams, J. S., & Shen, C. L. (2007). The effect of acute exercise on serum brain-derived neurotrophic factor levels and cognitive function. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 39*(4), 728-734.
- Field, A. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of gerontology, 36*(4), 428-434.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido.
- Fonseca, A. (2006). Envelhecimento: Uma abordagem psicológica.
- Fonseca, A. M. (2004). Desenvolvimento humano e envelhecimento. *Lisboa: Climepsi*.
- Fonseca, J. (2002). Metodologia da pesquisa científica.
- Fontaine, R. (2000). O envelhecimento e as suas causas. *Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi, 19-32*.
- Garcez, M. L., Falchetti, A. C. B., Mina, F., & Budni, J. (2015). Alzheimer s disease associated with psychiatric comorbidities. *Anais da Academia Brasileira de Ciências, 87*(2), 1461-1473.
- Gonzaga, L., & Nunes, B. (2008). Memória Funcionamento Perturbações e Treino. *Lisboa: Lidel*.

- Gracey, D. J., & Morris, R. G. (2007). Neuropsychological assessment in dementia. *Psychiatry*, 6(12), 498-502.
- 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.
- Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1967). Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta psychologica*, 26, 107-129.
- Howie, L. O., Troutman-Jordan, M., & Newman, A. M. (2013). Social support and successful aging in assisted living residents. *Educational gerontology*, 40(1), 61-70.
- Kaskie, B., Gregory, D., & Van Gilder, R. (2009). Community mental health service use by older adults with dementia. *Psychological Services*, 6(1), 56.
- Kats, D., Patel, M. D., Palta, P., Meyer, M. L., Gross, A. L., Whitsel, E. A., ... & Heiss, G. (2016). Social support and cognition in a community-based cohort: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Age and ageing*, 45(4), 475-480.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Krause, N., Liang, J., & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging*, 4(1), 88.
- Kriegsman, D. M. W., Van Eijk, J. T. M., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., & Boeke, A. J. P. (1997). Does family support buffer the impact of specific chronic diseases on mobility in community-dwelling elderly?. *Disability and rehabilitation*, 19(2), 71-83.
- Kwak, Y. T., Yang, Y., & Kim, G. W. (2010). Korean Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (K-ACER) for differential diagnosis of Alzheimer's disease and subcortical ischemic vascular dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 10(4), 295-301.
- Lee, W. J., Kim, H. G., Kim, H., Yoo, S. R., Jang, S. E., & Oh, M. K. (2017). Tangible Social Support and Cognitive Decline in the Elderly: The Korean Longitudinal Study of Aging. *Korean Journal of Family Practice*, 7(3), 337-341.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., ... & Zheng, X. (2016). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: a comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry research*, 243, 87-91.
- Liao, J., & Scholes, S. (2017). Association of social support and cognitive aging modified by sex and relationship type: A prospective investigation in the English Longitudinal Study of Ageing. *American journal of epidemiology*, 186(7), 787-795.
- Lima, J. S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?. *Revista de Ciências Humanas*, (40), 469-489.
- Lubben, J. E. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*.

- Lubben, J., & Gironde, M. (2003). Measuring social networks and assessing their benefits. *Social networks and social exclusion: Sociological and policy perspectives*, 20-34.
- Ma, L., Li, Y., Wang, J., Zhu, H., Yang, W., Cao, R., ... & Feng, M. (2015). Quality of life is related to social support in elderly osteoporosis patients in a Chinese population. *PLoS one*, 10(6), e0127849.
- Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. (2004). Metodologia de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Martinez, F., Bisquerra, R., & Sarriera, J. C. (2004). Introdução a estatística: Enfoque Informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed.
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mazza, M. M. P. R., & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e sociedade*, 13, 68-77.
- Medronho, R. (2009). *Epidimologia*. São Paulo : Atheneu
- Merz, E. M., & Consedine, N. S. (2009). The association of family support and wellbeing in later life depends on adult attachment style. *Attachment & human development*, 11(2), 203-221.
- Millán-Calenti, J. C., Sánchez, A., Lorenzo-López, L., Cao, R., & Maseda, A. (2013). Influence of social support on older adults with cognitive impairment, depressive symptoms, or both coexisting. *The International Journal of Aging and Human Development*, 76(3), 199-214.
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of abnormal psychology*, 84(3), 228.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(11), 1078-1085.
- Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and controversies*. Pine Forge Press.
- Moragas, R. M. (1997). *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. Paulinas.
- Moreira, J. M., Andrez, M., Moleiro, C., Silva, M. F., Aguiar, P., & Bernardes, S. (2002). Questionário de apoio social (Versão portuguesa do "Social support questionnaire"): Tradução e estudos de validade. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 13(1), 55-70.
- Moreira, P., & Oliveira, C. (2005). Fisiopatologia da doença de alzheimer e de outras demências. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Mullins, L. C., & Dugan, E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist*, 30(3), 377-384.
- Muramatsu, N., Yin, H., & Hedeker, D. (2010). Functional declines, social support, and mental health in the elderly: Does living in a state supportive of home and community-based services make a difference?. *Social Science & Medicine*, 70(7), 1050-1058.

- Neto, M., & Corte- Real, J. (2013). *A Pessoa Idosa Institucionalizada: Depressão e Suporte Social*. Lisboa: ISPA
- Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2-12.
- Oliveira, J. H. B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Legis Editora.
- Olsen, R. B., Olsen, J., Gunner-Svensson, F., & Waldstrøm, B. (1991). Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Social science & medicine*, 33(10), 1189-1195.
- Paúl, C. (2000). Estereótipos sobre os idosos. *Cidade Solidária*. 5(3) 50-56.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 15.
- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 4(7), 32-35.
- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J., & van Eijk, J. T. M. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 151-168.
- Pietrukowicz, M. C. L. C. (2001). *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde* (Doctoral dissertation).
- Pillemer, S. C., & Holtzer, R. (2017). The differential relationships of dimensions of perceived social support with cognitive function among older adults. *Aging & mental health*, 20(7), 727-735.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: Teoria e prática*.
- Ponte, A. C. L., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol. 9, supl. 1.
- PORDATA. (2017). *Indicadores de envelhecimento segundo os censos*.
- Prull, M. W., Gabrieli, J. D., & Bunge, S. A. (2000). Age-related changes in memory: A cognitive neuroscience perspective.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7).
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*.
- Resende, M. C. D., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, (5), 0-0.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 17(3), 547-558.

- Ribeiro, J. L. P. (2011). Inventário de saúde mental. *Lisboa: Placebo*.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da escala breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, (15), 217-234.
- Rittman, T., Ghosh, B. C., McColgan, P., Breen, D. P., Evans, J., Williams-Gray, C. H., ... & Rowe, J. B. (2013). The Addenbrooke's Cognitive Examination for the differential diagnosis and longitudinal assessment of patients with parkinsonian disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, jnnp-2012.
- Rodrigues, V. D. B. (2008). *Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica* (Bachelor's thesis, [sn]).
- Rodrigues, A. G., & da Silva, A. A. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 159-170.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). The epidemiology of dementia and Alzheimer disease in Portugal: estimations of prevalence and treatment-costs. *Acta medica portuguesa*, 28(2), 182-188.
- 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.
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 25(5), 625-633.
- Schiemberg, L. B., & McKinney, K. G. (2003). Factors influencing expectations to move or age in place at retirement among 40-to 65-year-olds. *Journal of Applied Gerontology*, 22(1), 19-41.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of social and personal relationships*, 8(1), 99-127.
- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M., & Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health psychology*, 20(4), 243.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental.
- Shanas, E. (2016). The family as a social support system in old age. *The gerontologist*, 19(2), 169-174.
- Shephard, R. J. (2003). Envelhecimento, atividade física e saúde. In *Envelhecimento, atividade física e saúde*.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins. (2010). *Addenbrooke's cognitive examination- revised (ACE-R)*.
- Sims, R. C., Hosey, M., Levy, S. A., Whitfield, K. E., Katznel, L. I., & Waldstein, S. R. (2014). Distinct functions of social support and cognitive function among older adults. *Experimental aging research*, 40(1), 40-59.

- 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.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*, 13(2).
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 7-15.
- Sugisawa, H., Liang, J., & Liu, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, 49(1), S3-S13.
- Swindle, J. (2010). Aging in rural Canada: A retrospective and review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3), 323-338.
- Tang, F., & Lee, Y. (2011). Social support networks and expectations for aging in place and moving. *Research on Aging*, 33(4), 444-464.
- Teixeira, M. H. (2004). Aspectos psicológicos da velhice. In *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp. 311-315).
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- 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.
- Yoshida, H., Terada, S., Honda, H., Kishimoto, Y., Takeda, N., Oshima, E., ... & Uchitomi, Y. (2012). Validation of the revised Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R) for detecting mild cognitive impairment and dementia in a Japanese population. *International Psychogeriatrics*, 24(1), 28-37.
- Zamora-Macorra, M., de Castro, E. F. A., Ávila-Funes, J. A., Manrique-Espinoza, B. S., López-Ridaura, R., Sosa-Ortiz, A. L., ... & del Campo, D. S. M. (2017). The association between social support and cognitive function in Mexican adults aged 50 and older. *Archives of gerontology and geriatrics*, 68, 113-118.
- Zhu, S., Hu, J., & Eford, J. T. (2012). Role of social support in cognitive function among elders. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2118-2125.
- 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.

Anexos

Tabela 1:

Diversos estudos suporte social e cognição.

Autores	Participantes	Variáveis	Instrumentos	Principais Conclusões
Ma et al, (2015).	214 idosos Idade média 69,27	-Suporte Social; -Qualidade de Vida.	- Questionário Short-Form (SF-36) para a QV; -Escala de Avaliação de Apoio Social (SSRS); -Medição (BMD) avalia perda de massa óssea.	O suporte social e a qualidade de vida foram significativamente diferentes entre os idosos com osteoporose e os idosos normais, ou seja, os indivíduos sem osteoporose possuem melhor qualidade de vida do que os idosos portadores da doença.
Boen, Dalgard, & Bjertness, (2012)	4000 idosos ≥ 65 anos	- Suporte social; - Problemas de saúde somática; -Problemas socioeconómicos.	- Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10); - Social Support Scale (OSS-3).	-A falta de suporte e problemas de saúde somática foram associados à angústia psicológica em idosos.
Howie, Troutman-Jordan, & Newman, (2013)	154 idosos ≥65anos	-Suporte Social; -Envelhecimento bem sucedido.	-Lubben Social Network Scale -(LSNS-R); -Questionnaire (SAI).	- Níveis elevados de suporte social estão positivamente relacionados com o envelhecimento bem sucedido.

(continua)

Autores	Participantes	Variáveis	Instrumentos	Principais Conclusões
Tang & Lee, (2011)	4611 participantes idade igual ou superior a 50 anos.	-Suporte Social; -Expectativas de mudança com o envelhecimento.	-Computer-assisted Telephone Interview - CATI	- Pessoas com idade mais avançada esperavam suporte e ajuda regulares enquanto que as pessoas que não apresentavam previsão de idade em relação à mudança, não conheciam os serviços das comunidades e fontes de informação para cuidados esperavam envelhecer para se mudar.
Lee, et al., (2017)	1540 participantes Idade ≥ 65 anos	-Suporte social percebido; -Funcionamento cognitivo.	- Mini Mental State Examination (MMSE)	- O baixo nível de apoio social nos idosos diminui a função cognitiva e aumenta a incidência de demência, assim como, o tipo de apoio social entre pais e filhos influencia a diminuição da função cognitiva.
Liao & Scholes, (2017)	10.241 participantes Idade ≥50	-Suporte Social; - Rede social; -Declínio cognitivo.	-Baterias cognitivas que avaliam a memória, aprendizagem, orientação temporal, fluência verbal, velocidade de processamento.	-O gênero apresenta especificidade com o suporte social e o funcionamento cognitivo.

(continua)

Autores	Participantes	Variáveis	Instrumentos	Principais Conclusões
Zamora-Macorral et al, (2017)	Participantes:2211 Idade: ≥50	-Suporte Social; -redes de suporte; -Funcionamento cognitivo.	-Latent Class Analysis (Índice de coesão social, índice de suporte social e índice de confiança constituído com 6 perguntas).	-Os níveis de suporte social médios e altos podem produzir uma possibilidade de decréscimo de défice em idosos com idades entre os 71-80 anos. A partir dos 80 anos não existe relação entre as variáveis.
Pillemer & Holtzer, (2017)	Participantes: 255 Idade> 65	-Função cognitiva; -Relações emocionais; -suporte social percebido	-Social Support Survey - MOS-SSS); -Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status - RBANS	-Concluiu-se que as associações entre o apoio emocional/informativo percebido e a interação social positiva sugerem que o envolvimento social pode ser um alvo importante para procedimentos de intervenção para indivíduos em risco de declínio cognitivo e demência.
Eisele et al, (2012)	Participantes: 2367 Idade ≥75	-Suporte social; -Cognição; - Mortalidade.	-14-item version of the FSozU; - The Neuropsychological test battery of the Structured Interview for the Diagnosis of Dementia - SIDAM); - Multivariate ANCOVA; -Cox regression.	-Neste estudo concluiu-se que o suporte social não influenciou a cognição e a mortalidade durante um período de observação de 18 meses.

(continua)

Autores	Participantes	Variáveis	Instrumentos	Principais Conclusões
Sims, et al, (2014)	Participantes : 175 Idade média de 66,32	-Suporte Social; -Função cognitiva.	-Testes Neuropsicológicos (Response inhibition, Visuospatial ability, Visuoconstructional ability, Nonverbal memory, Perceptuo-motor speed and executive function, Attention and working memory, Verbal memory) - Interpersonal Support Evaluation List (ISEL).	- Este estudo demonstrou que o suporte recebido, muitas das vezes, pode ser visto como um peso para os idosos (quando é superior ao necessário) e as capacidades cognitivas fluidas refletiram esse fenômeno.
Kats et al, (2016).	Participantes : 15792	-Suporte Social; -Declínio cognitivo.	- Interpersonal Support Evaluation List (ISEL-SF); -Lubben Social Network Scale (LSNS).	-Níveis mais altos de apoio social foram moderadamente associados a uma maior função cognitiva multidimensional na meia-idade, mas o apoio social da meia-idade não foi associado à mudança temporal na função cognitiva global ao longo dos 20 anos na vida tardia.

(continua)

Autores	Participantes	Variáveis	Instrumentos	Principais Conclusões
Millán- Callenti, Sánchez, Lorenzo- López, Cao, & Maseda, (2013)	Participantes: 600 Idade ≥65	-Suporte social; -Extensão do contacto com os outros; -Satisfação com os contactos; -Disponibilidade de ajuda.	-Older Americans Resources and Services-OARS; - Social Resources Scale- SRS; - Mini-Mental State Examination (MMSE); - Geriatric Depression Scale-Short Form- GDS-SF.	-Verificou-se que as pessoas com contacto limitado com outros são mais propensas a desenvolver comprometimento cognitivo. Em contraste, nenhuma associação significativa foi encontrada entre a extensão do contato e a presença de sintomas depressivos ou a co-ocorrência de comprometimento cognitivo e sintomas depressivos.
Li, et al, (2016)	8113 idosos	-Depressão; -Comprometimento cognitive.	-Geriatric Depression Scale (GDS); -Mini Mental State Examination.	- Como resultado deste estudo verificou-se que a depressão está significativamente associada ao comprometimento cognitivo leve, no entanto, os idosos institucionalizados apresentaram maiores níveis de depressão.