



Universidades Lusíada

Gaspar, Tânia, 1977-

Raimundo, Marta Sofia Gomes, 1995-

Cabrita, Túlia Rute Maia, 1972-

Domingos, Manuel Carlos do Rosário, 1953-

Qualidade de vida no processo de envelhecimento : estudo das funções neuropsicológicas, estilo de vida e hábitos de sono

<http://hdl.handle.net/11067/6046>

<https://doi.org/10.34628/xjtw-qt59>

Metadata

Issue Date 2022

Abstract O presente estudo pretende caracterizar e compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida numa perspetiva biopsicosocial, mais especificamente, o estudo da qualidade de vida no processo de envelhecimento, tendo em conta a análise das diferentes dimensões da qualidade de vida, das funções neuropsicológicas, da saúde mental, da caracterização do estilo de vida (consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico, alimentação e stress e dos hábitos de sono. (Universidade Lusíada)...

This study characterizes the factors the influence quality of life from a biopsychosocial perspective, more specifically, the study of quality of life in the aging process, We examine different dimensions of quality of life including neuropsychological functions, mental health, lifestyle characterization (Tobacco and alcohol consumption, physical exercise, diet and stress), and sleep habits....

Publisher Universidade Lusíada

Keywords Envelhecimento, Envelhecimento - Aspectos psicológicos, Qualidade de vida, Sono - Factores etários

Type book

Peer Reviewed No

Collections [ILID-CLISSIS] Livros

Tânia Gaspar
Marta Raimundo
Túlia Cabrita
Manuel Domingos

Qualidade de vida no processo de envelhecimento

ESTUDO
DAS FUNÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS,
ESTILO DE VIDA
E HÁBITOS DE SONO



Universidade Lusíada Editora
Lisboa • 2022

Tânia Gaspar
Marta Raimundo
Túlia Cabrita
Manuel Domingos

**QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO
DE ENVELHECIMENTO:
ESTUDO DAS FUNÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS,
ESTILO DE VIDA E HÁBITOS DE SONO**



Universidade Lusíada Editora
Lisboa • 2022

BIBLIOTECA NACIONAL DE PORTUGAL - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Qualidade de vida no processo de envelhecimento : estudo das funções neuropsicológicas, estilo de vida e hábitos de sono / Tânia Gaspar... [et al.]
ISBN 978-989-640-237-2

I - GASPAR, Tânia, 1977-

CDU 613

Ficha Técnica

Autores	Tânia Gaspar Sintra dos Santos Marta Sofia Gomes Raimundo Túlia Rute Maia Cabrita Manuel Carlos do Rosário Domingos
Título	Qualidade de vida no processo de envelhecimento: estudo das funções neuropsicológicas, estilo de vida e hábitos de sono
Depósito Legal	
ISBN	978-989-640-237-2
DOI	https://doi.org/10.34628/xjtw-qt59
Local	Lisboa
Ano	2022
Apoio	Este trabalho foi financiado por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto «UIDB/04624/2020».
Editora e distribuidora	Universidade Lusíada Editora Rua da Junqueira, 188-198 1349-001 Lisboa Telefone +351 213 611 560 URL: http://editora.lis.ulusiada.pt E-mail: editora@lis.ulusiada.pt
Capa	Mário Moreira
Paginação	João Paulo Fidalgo
Impressão e acabamentos	
Tiragem	100

Solicita-se permuta - On prie l'échange - Exchange wanted - Pidese canje - Sollicitiamo scambio - Wir bitten um Austausch
Mediateca da Universidade Lusíada
Rua da Junqueira, 188-198 - 1349-001 Lisboa
Telefone +351 213 611 560
E-mail: mediateca@lis.ulusiada.pt

© 2022, Fundação Minerva – Cultura – Ensino e Investigação Científica | Universidade Lusíada

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida por qualquer processo eletrónico, mecânico ou fotográfico incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação, sem autorização prévia da Editora.

O conteúdo desta obra é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não vincula a Universidade Lusíada.

Distribuição gratuita. Não é permitida a sua comercialização.

Apoio: Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

Colaboração: Aventura Social Associação e CENC – Centro de Medicina e Sono

Trabalho desenvolvido no âmbito do grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania”.

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto «UIDB/04624/2020».



CLISSIS

Centro Lusíada de Investigação
em Serviço Social e Intervenção Social



SUMÁRIO

Prefácio	7
Sumário executivo.....	11
1. Introdução	15
2. Enquadramento teórico.....	17
2.1. Desenvolvimento humano.....	17
2.2. Qualidade de vida.....	19
2.3. Funções neuropsicológicas	21
2.4. Estilos de vida.....	23
2.5. Sono	25
3. Método.....	28
3.1. Participantes.....	28
3.2. Instrumentos	30
3.2.1. Dados sociodemográficos, dados clínicos pessoais e familiares	30
3.2.2. Questionário de avaliação neuropsicológica	31
3.2.3. Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	31
3.2.4. Questionário de Saúde Geral (GHQ28).....	31
3.2.5. Questionário Indicador do Estilo de Vida	32
3.2.6. Índice da Qualidade do Sono.....	33
3.3. Procedimento	33
4. Resultados	33
4.1. Resultados da qualidade de vida.....	37
4.2. Resultados das funções neuropsicológicas.....	41
4.3. Resultados da saúde mental	46
4.4. Resultados do estilo de vida.....	50
4.5. Resultados da qualidade do sono	56
5. Conclusões	62
Referências	67

PREFÁCIO

Ao longo da vida, estilo de vida saudável, qualidade de vida e qualidade do sono de mãos dadas

É difícil estimar a qualidade de vida de um adulto, porquanto é um conceito multidimensional que envolve não só situações objetivas, mas também as percepções e avaliações individuais, sendo ainda importante a discrepância ou distância entre a vida real da pessoa e a vida que essa pessoa gostaria de ter.

É também difícil determinar com exatidão a necessidade adequada de sono que cada pessoa necessita em cada idade, mas está comprovado que um sono perturbado compromete o funcionamento pessoal e social.

A má qualidade do sono em geral, a dificuldade em adormecer, o acordar durante o sono, ou o acordar demasiado cedo de manhã resultam em sonolência diurna e trazem dificuldades no dia-a-dia.

Este estudo vem confirmar a associação entre qualidade de vida, estilo de vida e qualidade do sono, numa população idosa. Confirma ainda uma mais fraca qualidade de sono no sexo feminino, e quando há coexistência de perturbações a nível da saúde mental, pior percepção de qualidade de vida e em geral um estilo de vida menos saudável.

Já nos adolescentes se verifica que uma fraca qualidade de sono se associa ao excesso de tempo de ecrã, ao consumo de álcool e tabaco, a uma alimentação inadequada, ao sedentarismo, a sintomas físicos e psicológicos causadores de mal-estar, à violência e ao excesso de peso. Já na adolescência as raparigas parecem ter em geral um sono menos reparador e mais frequentemente apresentam

sinais de depressão e de ansiedade ¹.

Desde a adolescência, as raparigas relatam mais queixas de sono do que os rapazes. Alguns autores apontam alguns marcos hormonais a agravar a diferença entre homens e mulheres: a puberdade, o ciclo menstrual, a gravidez e a menopausa.

Os mecanismos destas diferenças entre os sexos não são claros. Mas a maturação biológica, os fracos níveis de atividade física, uso excessivo de equipamentos eletrónicos, os inadequados hábitos alimentares e o consumo de substâncias, podem explicar em grande parte estas diferenças ².

Este estudo vem alertar para o facto de que a possibilidade de acrescentar mais anos saudáveis à vida, promovendo e mantendo um estilo de vida ativo e saudável, um bom sono e uma boa percepção de qualidade de vida, se começa a definir anos antes, na infância e na adolescência.

Duas mensagens importantes para as políticas públicas:

A primeira mensagem é que, para um país “amigo dos idosos” há fatores que muito poderão contribuir para o seu bem-estar, qualidade de vida, saúde e qualidade de sono, como por exemplo um padrão elevado de escolaridade; condições socioeconómicas de vida e de habitação que promovam o seu bem-estar, a sua autonomia e independência; cuidados de saúde adequados disponíveis; uma aposentação ativa e gratificante, a nível físico, psicológico e social.

A segunda mensagem é que, para um país “amigo dos idosos”, e uma vez que o sono tem um impacto óbvio no funcionamento diário e nas capacidades de aprendizagem, este deveria ser abordado na educação para a saúde nas escolas, quer na vertente da sua fisiologia, das suas características, dos seus benefícios, das determinantes da sua qualidade, nas consequências da sua falta ou da sua falta de qualidade, junto com um aconselhamento a uma higiene de sono, através de mensagens adaptadas ao desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes, oferecendo uma reflexão sobre a higie-

¹ Ver relatório HBSC de 2018 em www.aventurasocial.com

² <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2639/2852>

ne do sono e pistas para o melhorar, na infância, na adolescência, na transição para a vida ativa e no processo de envelhecimento.

Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos

Psicóloga clínica e da saúde

Professora Catedrática da Universidade de Lisboa / FMH e ISAMB

SUMÁRIO EXECUTIVO

Nas últimas décadas, observa-se um aumento contínuo da esperança média de vida e um dos fatores desta longevidade deve-se ao declínio da mortalidade entre os mais velhos. A contribuição dos idosos para a sociedade é notória pela função que ocupam nas famílias, na sua comunidade local e na sociedade em geral. No entanto, a dimensão desses recursos humanos e sociais, e as oportunidades disponíveis para cada indivíduo à medida que envelhece dependem fortemente da sua saúde. O importante será as pessoas viverem esses anos com Qualidade de Vida (QV), significando isso com boa saúde e utilizando esta capacidade para fazer as coisas que valorizam. Embora seja frequentemente assumido que o aumento da longevidade está a ser acompanhado por um longo período de boa saúde, nem sempre é essa a realidade; se esses anos forem dominados por declínios na QV, nas capacidades físicas e mentais, as implicações para os idosos, para as pessoas e para a sociedade podem ser muito negativas (World Health Organization [WHO], 2015).

O presente estudo pretende caracterizar e compreender os fatores que influenciam a QV numa perspetiva biopsicossocial, mais especificamente, o estudo da QV no processo de envelhecimento, tendo em conta a análise das diferentes dimensões da QV, das funções neuropsicológicas, da saúde mental, da caracterização do estilo de vida (consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico, alimentação e stress) e dos hábitos de sono.

Os resultados do estudo permitem verificar uma forte relação entre as variáveis em estudo, salientando-se a relação entre a Qualidade de Vida, a Saúde Mental e a Qualidade do Sono, bem como a relação entre a Saúde Mental, o Estilo de Vida e a Qualidade do Sono.

Nos resultados referentes à Qualidade de Vida, conclui-se que os participantes que apresentam melhores resultados têm as seguintes características:

- Género masculino;
- Mais novos, existindo um agravamento com o aumento da idade;
- Escolaridade mais elevada, sendo que aumenta com o nível de escolaridade do ensino básico ao ensino superior;
- Participantes que vivem em casa própria ou alugada apresentam melhores resultados do que os que vivem numa instituição ou em casa dos filhos;
- Sem doença crónica.

Nos resultados referentes às Funções Neuropsicológicas, conclui-se que os participantes que apresentam maiores dificuldades são:

- Os participantes com 80 anos ou mais, existe um agravamento com o aumento da idade,
- Os participantes com menor escolaridade;
- Os participantes solteiros e viúvos *versus* os casados e divorciados;
- Os participantes reformados mais do que os profissionalmente ativos;
- De um modo geral, os participantes que vivem numa instituição ou em casa dos filhos apresentam maiores dificuldades do que os que vivem em casa própria ou alugada;
- Os participantes com doença crónica.

Nos resultados referentes aos problemas relacionados com a Saúde Mental, conclui-se que os participantes que apresentam maiores dificuldades são:

- As mulheres ao nível da Saúde Mental Global e sintomas somáticos;
- Os participantes com 80 anos ou mais ao nível da depressão grave e os participantes mais novos (menos de 80 anos) ao nível da disfunção social;
- Os participantes com menor escolaridade;
- Os participantes casados e viúvos *versus* os solteiros e divorciados;
- Os participantes profissionalmente ativos *versus* os reformados;
- De um modo geral, os participantes que vivem em casa dos filhos apresentam maiores dificuldades do que os que vivem em casa própria ou alugada;
- Os participantes com doença crónica.

Nos resultados referentes ao Estilo de Vida:

- As mulheres apresentam um estilo de vida mais saudável ao nível do consumo de álcool e da dieta, no entanto, são os homens que apresentam uma melhor gestão do stress;
- Os participantes mais velhos e os que estão reformados são os que apresentam melhores resultados em relação ao estilo de vida.

Relativamente aos resultados da Qualidade do Sono, conclui-se que os participantes que apresentam melhores resultados são:

- Do género masculino;
- Os participantes mais novos, existe um agravamento com o aumento da idade;
- Os participantes casados e divorciados *versus* os solteiros e viúvos;
- Os participantes com escolaridade mais elevada, aumenta com o nível de escolaridade do ensino básico ao ensino superior;

- Os participantes reformados mais do que os profissionalmente ativos;
- De um modo geral, os participantes que vivem em casa própria ou alugada apresentam melhores resultados do que os que vivem numa instituição ou em casa dos filhos;
- Os participantes sem doença crónica.

Os resultados sugerem que a QV é influenciada por fatores psicológicos e sociais e as condições de saúde devem ser compreendidas sob uma perspetiva biopsicossocial. Esta perspetiva inclui os aspetos biológicos que podem afetar o funcionamento biológico do indivíduo, inclui o sistema psicológico relacionado com as emoções e pessoais, e também inclui o sistema social associado às influências culturais, ambientais e familiares/amigos na expressão e experiência dos fenómenos de saúde e doença.

Concluimos que podem ser identificados fatores de proteção e de risco relacionados com o envelhecimento da população, nomeadamente, as diferenças de género, as diferenças de idade, as diferenças relacionadas com fatores sociais, económicos e culturais, diferenças associadas à condição de saúde, entre outras.

1. Introdução

Verificamos o aumento da longevidade e uma maior preocupação com a qualidade de vida no processo de envelhecimento. A diversidade das pessoas idosas é cada vez maior, o que torna cada vez mais relevante saber quem são os idosos portugueses, o que caracteriza a sua saúde física psicológica e social e quais os seus maiores desafios e oportunidades.

As mudanças sociais verificadas nas últimas décadas trazem alterações ao nível individual, familiar, social e comunitário que potenciam novos desafios para a população idosa, bem como para as respostas sociais existentes, especialmente ao nível da saúde, ao nível social e desafios para as organizações e equipas multidisciplinares.

Estão identificadas muitas barreiras difíceis de transpor, tais como, o isolamento, a falta de humanização na institucionalização, as doenças crónicas, as demências, a falta de apoio e suporte aos cuidadores informais, a falta de formação especializada dos cuidadores formais, entre outros. Ao nível da intervenção comunitária e em rede é importante compreender estes problemas, identificar necessidades e promover boas práticas. Para além destas dificuldades identificadas, acresce a a pandemia Covid-19 que veio trazer profundos desafios para todos, nomeadamente, ao nível do envelhecimento, tanto para os idosos, para os profissionais como para as famílias que os acompanham.

O presente estudo pretende caracterizar e compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida numa perspetiva biopsicossocial, mais especificamente, o estudo da qualidade de vida no processo de envelhecimento tendo em conta a análise das diferentes dimensões da QV, das funções neuropsicológicas, da saúde

mental, da caracterização do estilo de vida (consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico, alimentação e stress) e dos hábitos de sono.

Este conhecimento aprofundado permite identificar desafios e necessidades bem como delinear estratégias de intervenção baseadas na evidência para a promoção de envelhecimento saudável, com maior qualidade de vida e maior envolvimento da população.

O presente trabalho inclui um enquadramento conceptual das variáveis em estudo, seguido pela informação do método utilizado, nomeadamente, a caracterização dos participantes, dos instrumentos utilizados e o procedimento seguido.

São apresentados os resultados nos quais as variáveis em estudo são caracterizadas globalmente e complementarmente são identificadas as diferenças ligadas ao género, idade, escolaridade, estado civil, condição de saúde (com ou sem doenças crónicas), situação profissional (profissionalmente ativo e reformado) e situação habitacional.

No final são apresentadas as principais conclusões identificadas e recomendações para a investigação e intervenção.

2. Enquadramento teórico

O desenvolvimento humano positivo e saudável é influenciado por fatores individuais e ecológicos. O modelo biopsicossocial é uma abordagem ampla e integrativa do comportamento humano e dos fenómenos relacionados com a saúde e doença e fornece uma estrutura conceitual base que defende que o comportamento humano é influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Bronfenbrenner, 2001, 2005).

Esta perspetiva vai de encontro com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948).

2.1. Desenvolvimento humano

O desenvolvimento humano compreendido em etapas de desenvolvimento é acompanhado por mudanças, ganhos e perdas, ao longo da vida. O envelhecimento é uma consequência da evolução do organismo que ocorre em todos os seres vivos, havendo uma degradação das células, sendo uma das principais causas do surgimento de doenças e diminuição da funcionalidade dos tecidos do organismo (Feltus et al., 2015).

As mudanças no ser humano ocorrem em diversos domínios, como o domínio físico, o cognitivo e o social. Do ponto de vista físico são esperadas alterações no tamanho, na forma e nas características do corpo do indivíduo. Ao nível cognitivo, verificam-se mudanças na forma de pensar, alterações de memória, resolução de problemas ou de outras capacidades intelectuais. No domínio social, observam-se diferenças na relação do indivíduo com os outros. Ao longo do desenvolvimento, estes três domínios não funcionam independentemente uns dos outros, por exemplo quando um

idoso é diagnosticado com a Doença de Alzheimer, existe uma alteração no domínio cognitivo (ex. perda de memória), mas também vai haver mudanças no seu domínio social (ex. através da perda de memória o idoso tem dificuldades em lembrar-se de nomes e de pessoas, o que altera a forma como o idoso se relaciona com os outros) e no domínio físico podem existir, por exemplo, alterações físicas no cérebro, dificuldades nas atividades de vida diárias, dificuldades ao nível da alimentação e cuidados de higiene derivadas da Doença de Alzheimer (Boyd et al., 2015).

As mudanças relacionadas com a idade estão associadas a três grupos: 1) mudanças universais, 2) mudanças específicas dos grupos e 3) diferenças individuais. Relativamente às mudanças universais, o ser humano como organismo enfrenta-as ao longo do seu desenvolvimento, por exemplo uma criança que primeiro começa a gatinhar e depois inicia a marcha, ou outro exemplo, as mudanças na pele características do avançar da idade. As mudanças específicas dos grupos são fenómenos que ocorrem em indivíduos que cresceram juntos, isto é, dentro da mesma cultura, por exemplo o período no qual se dá início ao processo de reforma. Por último, o desenvolvimento também está associado a diferenças individuais, ou seja, eventos únicos na vida do indivíduo (Boyd et al., 2015).

Nos idosos ocorrem mudanças físicas, cognitivas, psicológicas e sociais que estão associadas ao processo de envelhecimento normativo (Assuras & Levin, 2013). Ao nível cognitivo o envelhecimento normal é acompanhado por alterações no funcionamento, nomeadamente ao nível da memória, atenção, e capacidades visuo-espaciais. Estas alterações irão depender das reservas cognitivas que o indivíduo dispõe e a forma como este mantém e explora essas reservas cognitivas. Por outro lado, as alterações também dependem da plasticidade cerebral, que permite que o indivíduo se adapte durante o processo de envelhecimento de forma a que o nível de processamento cognitivo seja mantido. Para ocorrer um envelhecimento bem-sucedido é necessária a combinação de três fatores, (1) a ausência de doenças que conduzam à perda de autonomia, (2) a manutenção das atividades físicas e intelectuais e (3) a manutenção da interação social e do bem-estar subjetivo (Ska et al., 2009).

Após os 40 anos, torna-se possível detetar alterações fisiológicas no indivíduo, como por exemplo, declínio cognitivo ao nível da memória e aprendizagem, atrofia muscular e declínio ao nível ósseo. A idade cronológica é um bom preditor do estado de saúde, possíveis doenças e capacidade física, no entanto há variabilidade entre os individuais podendo um indivíduo mais velho ter bons níveis de saúde enquanto que um indivíduo mais novo apresenta défices (McPhee et al., 2016).

2.2. Qualidade de vida

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como a “perceção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2012, p.3).

A Qualidade de Vida (QV) é um conceito que engloba diversos aspetos, tais como a saúde física e mental, o estado psicológico (cognitivo e emocional), as relações sociais, a condição económica e as atividades recreativas e de lazer. Assim, a sua avaliação baseia-se em indicadores objetivos e/ou subjetivos relativos a aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais (Efklides & Moraitou, 2013; Halvorsrud & Kalfoss, 2007).

Na investigação sobre a QV existe, por um lado, uma vertente que se dedica ao estudo do bem-estar objetivo (como por exemplo, indicadores de saúde, educação e rendimento) (Sirgy, 2012) e, por outro lado, uma ligada ao bem-estar subjetivo (satisfação com a vida no geral e em domínios específicos, afetos positivos e negativos (Gaspar & Matos, 2008; Platsidou, 2013; Sirgy, 2012).

O bem-estar subjetivo é um forte indicador de QV, a um nível individual, refletindo a concordância ou discordância entre aquele que é o estado emocional e a perceção relativa a diversos aspetos da vida diária e aquela que seria a expectativa ou pretensão do indivíduo (Efklides & Moraitou, 2013).

A Organização Mundial de Saúde deu um grande contributo teórico e metodológico no âmbito da QV, validando este construto

multidimensional em quatro dimensões: física, psicológica, social e ambiente, dizendo respeito à percepção do indivíduo da sua condição física, psicológica, relacionamentos sociais e ambiente/contexto no qual se insere, respetivamente (WHOQOL, 1995, 1998). A avaliação obtida nestas quatro dimensões e nos itens referentes à QV geral traduzem-se no Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da WHO (WHOQOL, 1998).

O nível de funcionamento físico, a presença de sintomas físicos, o funcionamento emocional e cognitivo são alguns dos aspetos que integram a definição de QV e que se refletem na percepção que os indivíduos têm relativamente à mesma (Fayers & Machin, 2016).

Existem evidências na literatura da ligação entre as relações sociais e a saúde, na medida em que o nível de integração social é passível de influenciar a saúde física e mental e os comportamentos de saúde, exercendo, assim, influência ao nível da QV (Umberson & Montez, 2010). Por outro lado, os indivíduos estão inseridos numa multiplicidade contextos que se interrelacionam. As condições de habitação, a educação, o emprego e o acesso aos serviços públicos são alguns exemplos de fatores que podem influenciar a QV (Shucksmith et al., 2009), reforçando a importância do ambiente como componente significativa da mesma (Keles, 2012). Para o idoso, QV significa ter saúde, paz, harmonia, ser feliz e estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado através de atividade de lazer, voluntariado ou trabalho, ter relações sociais com família, amigos e vizinhos (Marques et al., 2014).

Relativamente aos idosos, segundo Beckert e colaboradores (2012) quanto melhor as funções executivas, atenção, linguagem e funcionamento cognitivo global, maior a percepção de QV física pelos idosos. Sendo que quanto melhor a saúde física, a capacidade de locomoção e de realização de tarefas do dia a dia, melhor o desempenho ao nível das funções cognitivas. Por outro lado, a percepção da QV dos idosos pode ser influenciada pela maneira como este percebe o seu desempenho cognitivo. No domínio da QV psicológica, quando melhor a percepção dos idosos, melhor o desempenho ao nível da atenção. Os idosos que percebem ter uma vida num ambiente seguro e saudável, com recursos financeiros para satisfa-

zer as necessidades e oportunidades de lazer e adquirir novas capacidades e informações, obtêm melhor desempenho ao nível das funções executivas, atenção, linguagem e funcionamento cognitivo global (Beckert et al., 2012).

Assim, a QV depende da percepção dos indivíduos e, regra geral, engloba aspetos como a saúde física, funcionamento e bem-estar psicossocial, nível de independência, controlo em relação à vida, fatores económicos e contextuais (Bowling et al., 2003). Na população idosa, a qualidade de vida é influenciada pelo género, idade e situação profissional bem como por fatores psicológicos (propósito de vida e competências de gestão de stress) e fatores sociais (suporte da família e amigos, satisfação com o suporte social e relações com o superior no trabalho) (Gaspar et al., 2017a, 2017b). A presença de doenças crónicas, tais como diabetes, pode influenciar a qualidade de vida, sendo que indivíduos com doença crónica apresentam pior qualidade de vida em vários domínios como o físico, psicológico e social (Gaspar et al., 2017b).

2.3. Funções neuropsicológicas

A cognição consiste no processo consciente e inconsciente do cérebro, responsável pela percepção, aprendizagem, pensamento e recuperação de informações (Carter et al., 2019; Ska et al., 2009) envolvendo funções tais como a atenção, a memória e o processamento de informação (envolvendo competências visuais, verbais, linguagem oral e escrita, percepção visual e percepção auditiva) (Ska et al., 2009; Whitbourne & Whitbourne, 2011). Ska e colaboradores (2009) salienta a existência de uma interdependência funcional garantido a integridade do cérebro como um todo, ou seja, não existe uma especificidade dos processos cognitivos a uma única função neuropsicológica. Por exemplo, os componentes da inibição, flexibilidade cognitiva e velocidade de processamento não participam diretamente no processamento das funções executivas, mas contribuem para o funcionamento dos vários sistemas cognitivos como a linguagem, memória e atenção, essenciais para as funções executivas.

O declínio das funções cognitivas e o possível desenvolvimento

de comprometimento cognitivo leve ou demência está associado a fatores de risco como, idade avançada, capacidade de olfato reduzida, história de depressão, mais educação, ser do gênero masculino, maiores níveis de homocisteína no sangue, doença da artéria coronária, estado de saúde deficitário, e enfarte. Por outro lado, os fatores de proteção incluem ser casado, doenças de rins e uso de antidepressivos. Os homens estão associados a uma maior taxa de incidência de comprometimento cognitivo leve ou demência, e diferem do gênero feminino apresentando doenças de coração e diabetes, mas níveis baixos de colesterol (Lipnicki et al., 2013).

Os níveis inferiores de desempenho cognitivo estão associados com a idade avançada, níveis baixos de educação (Dale et al., 2018; Ryan et al., 2019), gênero masculino, minorias, elevados sintomas depressivos, e défices ao nível das atividades de vida diária (Dale et al., 2018). Indivíduos com comprometimento cognitivo apresentam uma deterioração drástica ao nível das capacidades cognitivas como a memória imediata, memória tardia, memória de trabalho, inteligência fluida e inteligência cristalizada (Huang et al., 2019). O desempenho ao nível das funções cognitivas é superior em idosos mais jovens e inferior em idosos mais velhos, existindo uma degradação com o avançar da idade (Dale et al., 2018). Comparando faixas etárias diferentes, indivíduos mais velhos apresentam um desempenho inferior ao nível da atenção, percepção, resolução de problemas, fluência verbal, memórias de trabalho, memória episódica, memória prospetiva, linguagem e das habilidades aritméticas e nos testes de avaliação da praxia (Small et al., 2011; Zakharov et al., 2018; Zibetti et al., 2010).

Relativamente ao gênero, as mulheres apresentam melhor desempenho ao nível das funções cognitivas e em tarefas de fluência verbal, memória e linguagem (McCarrey et al., 2016). Já os indivíduos do gênero masculino apresentam melhor desempenho na tarefa de recordação de factos (Small et al., 2011) e em tarefas que envolvem a capacidade visuoespacial (McCarrey et al., 2016). Relativamente ao estado civil, a viuvez é um fator de risco para as mulheres ao nível da percepção da sua saúde, ao nível do sofrimento e angústia e reduz as capacidades cognitivas, bem como aumenta o risco de ter

uma perturbação mental e hipertensão arterial. Os homens tendem a apresentar redução das capacidades cognitivas, sendo provável, surgirem também perturbações mentais (Perkins et al., 2016).

Ao nível da taxa de declínio cognitivo associado ao nível de escolaridade, os indivíduos com maiores níveis de educação apresentam melhores resultados ao nível do funcionamento cognitivo do que os indivíduos com menos escolaridade, independentemente do género (Paulo et al., 2011; Ryan et al., 2019). A não-institucionalização e os elevados níveis de educação predizem um envelhecimento cognitivo saudável (Paulo et al., 2011). Mais anos de educação está associado a um melhor desempenho na memória semântica, sendo que apresentam uma diminuição menos acentuada ao nível do vocabulário após os 75 anos (Small et al., 2011). Indivíduos com o ensino superior apresentam melhores resultados ao nível da conceptualização, do planeamento e dos testes de avaliação da praxia, sendo o último apenas estatisticamente significativo no grupo de indivíduos com mais de 75 anos (Zakharov et al., 2018).

2.4. Estilos de vida

Uma das principais causas de morte em todo o mundo são as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes). Apesar do número de mortes ser elevado, é possível haver uma redução significativa deste número através da diminuição dos fatores de risco, a existência de um diagnóstico e tratamento precoces. Os fatores de risco presentes são a inatividade física ou sedentarismo, dieta desadequada e pouco saudável, comportamento tabágico e consumo prejudicial de álcool (Alwan, 2011).

Por atividade física entende-se o ato de caminhar, andar de bicicleta, desportos ou atividades recreativas tais como dançar ou yoga. A atividade física é recomendada para todas as idades (WHO, 2018), quer para idosos saudáveis quer para idosos com alguma fragilidade ao nível da saúde (McPhee et al., 2016), uma vez que ajuda na manutenção da saúde física, mental e social e permite um envelhecimento saudável (WHO, 2018). A atividade física regular ajuda a prevenir e

tratar de doenças como problemas de coração, enfartes, diabetes e cancro do colon e peito e depressão (Alwan, 2011; WHO, 2018). Também ajuda na prevenção de hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade e pode melhorar a saúde mental, bem-estar e QV (McPhee et al., 2016; WHO, 2018). Segundo MCPhee e colaboradores (2016) a prática regular de atividade física pode também ajudar a reverter alguns efeitos derivados das doenças crônicas de forma a que as pessoas mantenham a mobilidade e a independência (WHO, 2018).

Por outro lado, uma dieta saudável, com quantidade e qualidade adequadas, é benéfica independentemente da idade e do estado físico do indivíduo. A dieta é um elemento importante para a saúde dos idosos, afetando os diversos processos ligados ao envelhecimento. A má nutrição é elevada junto da população idosa e está associada a declínios no estado funcional, défices na função muscular, diminuição da massa óssea, disfunções no sistema imunitário, anemia, redução da função cognitiva, dificuldades na cicatrização das feridas e recuperação de cirurgias, elevada taxa de intervenções hospitalares e mortalidade (Amarya et al., 2015).

O consumo prejudicial do álcool leva a cerca de 2.3 milhões de mortes todos os anos, ou seja, 3,8% das mortes no mundo. Mais de metade destas mortes devem-se a doenças como o cancro, problemas cardiovasculares e cirrose (Alwan, 2011). Para além disso, o consumo prejudicial de álcool está associado a doenças mentais e comportamentais, como dependências, lesões não intencionais e tencionais, acidentes de tráfico e violência (WHO, 2014).

Outro fator de risco para o indivíduo é o consumo ou exposição ao tabaco, uma vez que tem presente compostos causadores de cancro. Tem sido associado a doenças como cancro oral, hipertensão, doenças cardiovasculares, entre outras doenças. Nas diversas regiões o género masculino consome mais tabaco quando comparado com o género feminino (Alwan, 2011).

A literatura demonstra que intervenções no estilo de vida tem efeitos benéficos na capacidade física e na composição do corpo de idosos obesos. Uma intervenção ao nível da perda de peso produz um efeito benéfico em idosos obesos quando comparado com a prática de exercício físico, no entanto, para uma intervenção mais efi-

caz no estilo de vida de idosos obesos é necessário combinar quer a prática de exercício físico (exercício aeróbico, resistência e flexibilidade) quer uma intervenção ao nível da perda de peso (Starr et al., 2014). Ao nível cognitivo é possível atuar por via não farmacológica, sendo que podem ser de três tipos: atividade física, dieta saudável e estimulação cognitiva. Estas três intervenções, são importantes na prevenção de doenças do envelhecimento, como a demência (Klimova & Kuca, 2015). A prática de exercício físico, dieta e estimulação cognitiva ajuda a manter ou melhorar o desempenho a nível cognitivo, nomeadamente ao nível das funções executivas, memória, aprendizagem, atenção e fluência verbal (Klimova, Valis & Kuca, 2017).

2.5. Sono

A necessidade de sono varia de indivíduo para indivíduo, bem como nas diferentes fases da vida de uma pessoa. É normal falar-se da necessidade de dormir 8 horas por noite para se ter uma boa saúde, no entanto existem pessoas que reportam uma necessidade de dormir apenas umas horas por noite para se sentirem bem enquanto outras tem a necessidade de dormir cerca de 10 a 12 horas por noite (Kolb & Whishaw, 2015).

Durante o sono, o indivíduo passa por ciclos de sono que duram aproximadamente 90 minutos. O indivíduo passa do sono superficial, para o sono profundo, depois volta ao sono superficial e segue para o sono REM. Este ciclo repete-se 4 a 6 vezes por noite. O estado NREM (*Non-rapid Eye Movement*), é composto por 3 fases (N1, N2 e N3). O sono profundo (fase 3) ocupa num adulto cerca de 20% de toda a noite, enquanto que o sono superficial fase 1 e 2, ocupa 50% da noite do indivíduo e é onde ocorre múltiplos fenómenos como por exemplo a apneia e a enurese. O estado REM (*Rapid Eye Movement*) é caracterizado por sonhos vividos, durante os quais ocorrem movimentos oculares rápidos, aumento do batimento cardíaco, respiração irregular e o indivíduo deixa de controlar a temperatura do corpo (Kolb & Whishaw, 2015; Paiva & Penzel, 2011; Paiva, 2012).

O sono tem um papel importante no desenvolvimento do indi-

víduo e desempenha diversas funções, tais como (1) estabilizar o processo imunológico e ajudar a prevenir doenças infecciosas, (2) estabelecer e sedimentar diversos processos cognitivos, principalmente, ao nível da memória, procura de soluções e aprendizagem; (3) restabelecer o equilíbrio emocional; (4) permitir que o indivíduo se mantenha acordado e com capacidade para desempenha as tarefas do dia-a-dia; entre outras funções (Paiva, 2012).

O sono é importante ao longo da vida do indivíduo e como tal está associado a diversas perturbações (Ebben, 2013; Kolb & Whishaw, 2015). As perturbações do sono estão divididas em 2 grandes grupos: (1) narcolepsia e (2) insónia. A narcolepsia é caracterizada por sono excessivo ou breve e episódios de sono inapropriados. A insónia é caracterizada por a sono inadequado, podendo ser incapacidade em adormecer ou excitações frequentes durante o sono. Para além destes dois grupos de perturbações, podem ocorrer no indivíduo outros comportamentos relacionados ao sono que por serem transitórios e pouco frequentes não são classificadas como perturbações, tais como os terrores noturnos, sonambulismo, ranger os dentes e movimentos repentinos (Kolb & Whishaw, 2015; Kreutzer, DeLuca & Caplan, 2018). Para além das perturbações já mencionadas é possível ocorrer dificuldades em dormir devido a perturbações respiratórias (Kreutzer et al., 2018).

Os padrões de sono, juntamente com outras alterações fisiológicas também se alteram com o envelhecimento, independentemente de outros fatores como outras condições médicas ou medicamentos (Ebben, 2013; Li et al., 2018). Por vezes torna-se difícil diferenciar entre problemas ao nível do sono derivados de outros problemas de saúde e perturbações do sono (Ebben, 2013). A partir dos 60 é comum o indivíduo dormir menos, sendo frequente dormirm5 a 6 horas por noite (Paiva, 2012). Para além disso é comum ocorrerem outras alterações como tempo avançado de sono, maior frequência de cochilo diurno, maior número de despertares noturnos e aumento do tempo acordado durante a noite, diminuição do sono por ondas lentas, entre outros. A ocorrência destas alterações surge na idade adulta, mantendo-se estável a partir dos 60 anos em indivíduos saudáveis. No entanto em idosos com dificuldade ao nível do sono as

causas devido a diversos fatores, incluindo condições médicas e psiquiátricas, perturbações primárias do sono, alterações do ambiente e envolvimento social, estilo de vida (Chokroverty, 2017; Li et al., 2018) e alterações dos ritmos circadianos (Chokroverty, 2017). Desta forma, as causas de dificuldades ao nível do sono podem ser bastante variadas, desde fatores do ambiente como ruído ou luz, fatores físicos como a dieta ou o exercício, fatores psicológicos como é o caso da depressão ou ansiedade, fatores médicos como os problemas neurocognitivos ou outra condição médica como um traumatismo (Kreutzer et al., 2018). No caso dos idosos, estes encontram-se mais vulneráveis ao risco de perturbações do sono, uma vez que tendem a passar grande parte do seu dia na cama devido a não terem atividades e rotinas diárias (Ebben, 2013). Os estudos revelam que um melhor funcionamento físico pode estar associado uma melhor qualidade do sono nos idosos, podendo esta relação ser bidirecional, ou seja, idosos com uma melhor qualidade do sono podem ter um melhor funcionamento físico. Por outro lado, as mulheres reportam pior qualidade do sono, sendo que ser mulher é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com o sono nas idades avançadas (Ramos et al., 2019; Smagula et al., 2015).

Em indivíduos com perturbações neurocognitivas é comum existir uma perturbação ao nível dos ciclos do sono (Mattis & Sehgal, 2016). O excesso de horas de sono durante o dia pode estar associado com o risco de declínio cognitivo na população idosa, sendo que a ocorrência em pessoas com algum comprometimento cognitivo pode ser um sintoma de um estado inicial de lesões cerebrais que inicialmente causam sono e dificuldades em dormir. Desta forma, o excesso de dormir durante o dia, pode ser um preditor e um fator de risco reversível do declínio cognitivo e surgimento da demência (Jausse et al., 2012; Mattis & Sehgal, 2016).

O tratamento das perturbações relacionadas com o sono depende do tipo de perturbação, podendo ser desde mudanças comportamentais, por exemplo rotinas de sono e terapia cognitivo comportamental, aparelhos eletrónicos, como alarmes no caso da enurese, tratamento farmacológico ou a combinação de várias formas de tratamento (Kreutzer et al., 2018).

3. Método

3.1. Participantes

A amostra é constituída por 519 participantes com idades compreendidas entre os 55 e os 99 anos, apresentando uma média de idades de 75,45 anos. Relativamente ao género, 76,4% (n=395) dos participantes é do género feminino e 23,6% (n=122) dos participantes é do género masculino. Quanto ao nível de escolaridade, 49,7% da amostra tem o ensino básico, 20,8% não completou o ensino básico, 17,3% da amostra completou o ensino secundários e os restantes tem pelo menos um curso superior. Relativamente à situação profissional a maioria da amostra encontra-se reformada (88,6%) (tabela 1).

Tabela 1 - *Características sociodemográficas da amostra*

	n	%	M	DP	Min.	Max.
Género						
Feminino	395	76,4				
Masculino	122	23,6				
Idade						
até 65 anos inclusive	99	19,3	75,45	10,58	55	99
66 até 80 anos inclusive	223	43,5				
81 anos ou mais	191	37,2				
Nível de escolaridade						
sem ensino básico	106	20,8				
ensino básico	253	49,7				
ensino secundário	88	17,3				
ensino superior	62	12,2				
Situação profissional						
Atividade profissional ativa	43	8,6				
Reformado(a)	444	88,8				
Reformado(a) com atividade profissional ativa	13	2,6				

No que se refere ao estado civil existe uma maior percentagem de indivíduos viúvos (42,7%) e de indivíduos em união de facto/

casados (35,1%). Cerca de 83,8% da amostra tem filhos, sendo que 42,7% tem 2 filhos, 38,3% tem 1 filho e 19% tem 3 ou mais filhos. Relativamente ao local de residência, 265 (51,3%) dos participantes residem em casa própria, enquanto que 131 (25,3%) dos participantes residem numa instituição (tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra

	n	%
Estado civil		
Solteiro	52	10,1
União de fato / casados	180	35,1
Separado / divorciado	62	12,1
Viúvo	219	42,7
Tem filhos?		
Sim	434	83,8
Não	84	16,2
Se sim, quantos?		
1 filho	165	38,3
Estado civil		
2 filhos	184	42,7
3 filhos ou mais	82	19,0
Onde reside atualmente		
Casa própria	265	51,3
Casa dos filhos	35	6,8
Casa alugada	69	13,3
Instituição	131	25,3
Outra	17	3,3

Na tabela 3 pode observa-se os dados clínicos da amostra, sendo que 66,5% da amostra refere que tem pelo menos uma doença crónica, sendo as mais frequentes os diabetes (20,5%), os problemas cardíacos (20,4%), as doenças psiquiátricas (9,1%), a asma (6,4%), as doenças neurodegenerativas e neurológicas (5,3%) e o cancro (4,9%). Cerca de 63% dos participantes refere que toma medicação referente à(s) doença(s) mencionada(s).

Tabela 3 - *Dados clínicos da amostra*

	n	%
Tem doença crónica?		
Não	169	33,5
Sim	335	66,5
Se sim, qual?		
Problemas cardíacos	54	20,4
Cancro	13	4,9
Doenças neurodegenerativas e neurológicas	14	5,3
Asma	17	6,4
Diabetes	54	20,5
Doenças psiquiátricas	24	9,1
Toma medicamentos relativos a esta doença?		
Não	115	25,9
Sim	329	63,4

No que diz respeito ao discurso da amostra observa-se que a maioria dos participantes (88,5%) teve um discurso coerente e fluente ao longo da entrevista (tabela 4).

Tabela 4 - *Observação do discurso da amostra*

Observação do discurso	n	%
Coerente e fluente	439	88,5
Coerente e não fluente	35	7,1
Incoerente e não fluente	5	1,0
Incoerente e fluente	7	1,4
Discurso pessimista	9	1,8
Disartria	1	,2

3.2. Instrumentos

3.2.1. *Dados sociodemográficos, dados clínicos pessoais e familiares*

A entrevista foi utilizada para recolher informações sobre os

participantes, nomeadamente os dados sociodemográficos, dados clínicos pessoais e familiares.

3.2.2. *Questionário de avaliação neuropsicológica*

As funções neuropsicológicas foram avaliadas através de um questionário de avaliação neuropsicológica, constituído por provas de orientação, atenção, memória, capacidade visual, avaliação da linguagem, gnosis e praxias e capacidade visuo-constructiva e funções executivas (provas pré-frontais e prova do relógio). O resultado total obtido no questionário de avaliação neuropsicológica varia entre 0 e 112 pontos, sendo atribuído 1 valor por cada tarefa bem-sucedida ou elemento bem executado. Quanto maior o resultado total, melhor o desempenho do indivíduo ao nível das funções neuropsicológicas.

3.2.3. *Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)*

A QV foi avaliada através do WHOQOL-bref (WHOQOL, 1994) constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais da QV e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. O WHOQOL-bref é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas nas quais o indivíduo responde numa escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a QV). À exceção das duas primeiras questões, o instrumento tem 24 itens que se organizam em quatro dimensões: QV Física (7 itens), QV psicológica (6 itens), QV Social (3 itens) e QV ambiental (8 itens). É utilizada a versão portuguesa do WHOQOL-BREF traduzida e adaptada por Canavarro et al. (2007) e Vaz Serra et al. (2006).

3.2.4. *Questionário de Saúde Geral (GHQ28)*

A saúde mental dos participantes foi medida através do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (GHQ28) validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Antunes (2003). O GHQ28 é

um questionário de auto-preenchimento criado por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão inicial do General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972). O GHQ foi concebido para identificar quer a incapacidade para realizar as atividades do dia a dia numa pessoa saudável, quer o aparecimento de novos fenómenos que provoquem stress. Não pretende detetar traços estáveis, mas sim, quebras no funcionamento normal da pessoa, avaliando a saúde mental e o bem-estar psicológico (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

É composto por 28 itens aos quais o indivíduo responde através de uma escala do tipo Likert, de 0 a 3 valores. Inclui quatro sub-escalas: Sintomas Somáticos, Ansiedade e Insónia, Disfunção Social e Depressão Grave, onde em cada uma existem sete itens. Os valores de cada sub-escala podem variar entre 0 e 21 e os valores totais do questionário podem variar entre 0 e 84. Os valores mais elevados correspondem a pior saúde mental. A consistência interna do instrumento original foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach, sendo a consistência interna de 0,94 para a escala GHQ-28, 0,85 para a sub-escala Sintomas Somáticos, 0,88 para a sub-escala Ansiedade e Insónia, 0,83 para a sub-escala Disfunção Social e 0,89 para a sub-escala Depressão Grave (Pais Ribeiro & Antunes, 2003).

3.2.5. Questionário Indicador do Estilo de Vida

O Questionário Indicador do Estilo de Vida, traduzido e adaptado o *Simple Lifestyle Indicator Questionnaire* de Godwin e colaboradores (2008), constituído por cinco componentes, dieta (3 questões), atividade física (3 questões), consumo de álcool (3 questões), comportamentos tabágicos (2 questões) e nível de stress (1 questão). Relativamente aos resultados, quanto maior a pontuação mais saudável é o estilo de vida do indivíduo. A consistência interna do instrumento original foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach, sendo que para as 3 questões da dieta a consistência interna é de 0,58 e para as 3 questões de atividade física é de 0,60 para a atividade física. A fidelidade do instrumento foi avaliada através do método teste-reteste, sendo para o consumo de álcool e para o comportamento tabágico um coeficiente de 0,87 e 0,97, respetivamente. Para o

nível de stress o coeficiente é de 0,75 e para a dieta e atividade física, os coeficientes são 0,63 e 0,74, respetivamente (Godwin et al., 2008).

3.2.6. *Índice da Qualidade do Sono*

Para avaliar o sono foi utilizado o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) constituído por 19 perguntas de autopreenchimento que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono agrupados em sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 (não existe dificuldade) a 3 pontos (existe uma severa dificuldade). Os sete componentes somam-se para obter uma pontuação global, que oscila entre 0 (não existe dificuldades) e 21 (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). O autor da escala propõe um ponto de corte de 5. Para índices iguais ou superiores a cinco encontram-se os sujeitos com pouca qualidade de sono.

3.3. Procedimento

O procedimento de recolha de dados consistiu primeiramente em contactar diversos locais por conveniência tais como centros de dia, residências seniores, lares, centros comunitários, universidades seniores, entre outros. A participação no estudo realizou-se de carácter voluntário, sendo o anonimato e a confidencialidade, dos participantes e os dados recolhidos, garantida ao longo do estudo. Durante a recolha de dados, o participante foi informado do objetivo do estudo em que iria participar, e foi solicitado o seu consentimento. Após a recolha de dados, foi atribuída uma numeração a cada questionário e inserido numa base de dados para posterior análise estatística.

4. Resultados

No capítulo dos resultados todas as variáveis em estudo são caracterizadas globalmente e complementarmente são identificadas

as diferenças ligadas ao género, idade, escolaridade, estado civil, condição de saúde (com ou sem doenças crónicas), situação profissional (profissionalmente ativo e reformado) e situação habitacional.

Através da análise da tabela 5 verifica-se que a QV geral tem uma relação positiva com o estilo de vida e com as funções neuropsicológicas, ou seja, quanto melhor a QV, mais saudável é o estilo de vida e melhor o desempenho das funções neuropsicológicas. Por outro lado, a QV geral tem uma relação negativa com a saúde mental e com a qualidade do sono, ou seja, quanto melhor a QV geral dos indivíduos menor a pontuação obtida na saúde mental e na qualidade do sono (melhor saúde mental e melhor perceção da qualidade do sono).

Relativamente à saúde mental, observamos uma relação positiva com a qualidade do sono, ou seja, quanto pior a saúde mental dos indivíduos, mais dificuldades ao nível da qualidade do sono. Por outro lado, a saúde mental tem uma relação negativa com o estilo de vida e com as funções neuropsicológicas, isto é, quanto maior a pontuação da saúde mental (pior saúde mental), menos saudável é o estilo de vida e menor o desempenho das funções neuropsicológicas. No estilo de vida pode-se observar uma relação negativa com a qualidade do sono, ou seja, quanto melhor o estilo de vida, menor o resultado da qualidade do sono (melhor perceção da qualidade de sono).

Tabela 5 - *Correlações entre as variáveis*

	QV Geral	Saúde Mental	Estilo de Vida	Qualidade do Sono	Funções Neuropsicológicas
QV Geral					
Saúde Mental	-0,62**				
Estilo de Vida	0,37**	-0,40**			
Qualidade do Sono	-0,45**	0,54**	-0,20*		
Funções Neuropsicológicas	0,17**	-0,13**	0,03	-0,00	

Nota: **p < .01; *p < .05

Através da tabela 6 verifica-se que a memória tem uma relação positiva com as funções neuropsicológicas e as funções executivas,

ou seja, quanto melhor o desempenho da memória, melhor as funções neuropsicológicas e as funções executivas. As funções executivas têm uma relação positiva com as funções neuropsicológicas e com a linguagem, sendo que quanto melhor as funções executivas, melhor as funções neuropsicológicas e a linguagem.

Relativamente ao componente do nível de stress, este tem uma relação positiva com o estilo de vida, sendo que quanto mais saudável o nível de stress, mais saudável é o estilo de vida.

A qualidade do sono tem uma relação positiva com a qualidade subjetiva do sono, a latência, a duração do sono e a perturbação, sendo que quanto melhor a qualidade do sono, melhor a qualidade subjetiva, a latência, a duração e a perturbação. A eficiência tem uma relação positiva com a perturbação e com a disfunção de dia, ou seja, quanto menos eficiência no sono, mais dificuldades são apresentadas ao nível da perturbação e da disfunção de dia. A qualidade do sono tem uma relação negativa com a QV física e uma relação positiva com a saúde mental (tabela 6).

Através da tabela 6 verifica-se que a QV psicológica tem uma relação positiva com a QV ambiente, QV física e a QV geral, sendo que quando a QV psicológica aumenta, as restantes também aumentam. Por outro lado, a QV psicológica tem uma relação negativa com a saúde mental e com a depressão grave, ou seja, quando melhor a perceção da QV psicológica, melhor a saúde mental e a depressão grave. A QV geral apresenta uma relação positiva com a QV ambiente, QV social e QV física, sendo que quando a QV geral aumenta, as restantes também aumentam. O mesmo se verifica entre a QV ambiente e a QV física. Em relação à saúde mental, esta apresenta uma relação negativa com a QV física e a QV geral, sendo quanto maior (pior saúde mental), menor a perceção dos indivíduos da QV física e geral. Por outro lado, a saúde mental tem uma relação positiva com os sintomas somáticos, ansiedade e insónia e a depressão grave. Por último, a ansiedade e insónia tem uma relação positiva com aos sintomas somáticos, sendo que quanto melhor a ansiedade e insónia, melhor os sintomas somáticos (tabela 6).

Tabela 6 - Correlações entre variáveis

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1. Memória																														
2. Linguagem	0,49																													
3. Círculos e praxias	0,30	0,49																												
4. Funções executivas	0,67	0,53	0,33																											
5. Funções Neuropsicológicas	0,79	0,48	0,44	0,94																										
6. Discurso				-0,30																										
7. Consumo de tabaco																														
8. Nível de stress																														
9. Consumo de álcool																														
10. Estado físico																														
11. Dieta																														
12. Estilo de vida																														
13. Qualidade subjetiva do sono																														
14. Latência																														
15. Duração																														
16. Eficiência																														
17. Perturbação																														
18. Medicação Hipnótica																														
19. Distúrbio do sono																														
20. Qualidade do sono																														
21. QV Psicológica																														
22. QV Social																														
23. QV Ambiente																														
24. QV Físico																														
25. QV Geral																														
26. Sintomas somáticos																														
27. Ansiedade e insónia																														
28. Distúrbio social																														
29. Depressão Grave																														
30. Saúde mental																														

Nota:

>0,500

>0,300

4.1. Resultados da qualidade de vida

Na tabela 7 pode verificar-se que para a QV geral a média de respostas dos participantes encontra-se nos 3,60, sendo o valor mínimo 1 e o máximo 5. Salienta-se a que a QV social apresenta a média mais elevada (3,71), seguido da QV ambiente e QV psicológica (3,59 e 3,57 respetivamente), sendo a QV física o que apresenta a média mais baixa com 3,52.

Tabela 7 - *Distribuição dos domínios da Qualidade de Vida*

	M	DP
QV geral	3,60	0,55
QV Física	3,52	0,77
QV Psicológica	3,57	0,77
QV Social	3,71	0,66
QV Ambiente	3,59	0,62

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre o género e a QV geral [F(1,404)=7,27, p=0,007], a QV física [F(1,504)=8,37, p=0,004], a QV psicológica [F(1,492)=17,70, p<0,001] e a QV ambiente [F(1,469)=4,04, p=0,45]. Os homens apresentam uma média superior relativamente à perceção da QV geral, QV física, QV psicológico e QV ambiente, em comparação com as mulheres (tabela 8).

Tabela 8 - *Diferenças de médias entre o género e a QV*

	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
QV geral	3,56	0,56	3,72	0,50	7,27**
QV Física	3,47	0,79	3,70	0,66	8,37**
QV Psicológica	3,49	0,77	3,83	0,71	17,70***
QV Social	3,72	0,67	3,66	0,61	0,78
QV Ambiente	3,56	0,61	3,70	0,63	4,04*

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Comparando a faixa etária dos participantes em relação à QV, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na QV geral [F(2,403)=5,99, p=0,003], QV física [F(2,499)=6,62, p=0,001], QV psicológica [F(2,493)=8,29, p<0,001], QV ambiente [F(2,468)=4,59, p=0,011]. O grupo etário com 81 anos ou mais apresentam uma média inferior aos restantes, ou seja, percecionam uma pior QV em comparação com os outros grupos (tabela 9).

Tabela 9 - *Diferenças de médias entre as idades e a QV*

	até 65 anos		66 - 80		81 anos ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QV geral	3,64	0,59	3,68	0,49	3,48	0,58	5,99**
QV Física	3,69	0,78	3,57	0,70	3,37	0,82	6,62**
QV Psicológica	3,64	0,76	3,70	0,70	3,40	0,82	8,29***
QV Social	3,70	0,79	3,72	0,63	3,69	0,62	0,07
QV Ambiente	3,61	0,69	3,68	0,57	3,49	0,63	4,59*

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Os resultados da tabela 10 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a QV geral [F(3,402)=4,42, p=0,005], a QV física [F(3,498)=4,70, p=0,003], a QV psicológica [F(3,492)=9,32, p<0,001] e a QV Social [F(3,437)=3,80, p=0,010]. Os indivíduos em união de facto/casados apresentam melhor perceção da QV geral, QV física, QV psicológica e QV social, em comparação com os restantes.

Tabela 10 - *Diferenças de médias entre o estado civil e a QV*

	Solteiro		União de facto / casado		Separado / divorciado		Viúvo		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QV geral	3,61	0,58	3,72	0,49	3,56	0,55	3,50	0,58	4,42**
QV Física	3,54	0,86	3,68	0,68	3,52	0,74	3,38	0,81	4,70**
QV Psicológica	3,48	0,88	3,81	0,64	3,48	0,81	3,42	0,78	9,32***
QV Social	3,62	0,71	3,78	0,63	3,45	0,74	3,74	0,63	3,80*
QV Ambiente	3,54	0,68	3,64	0,61	3,72	0,59	3,53	0,61	1,84

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Através da tabela 11 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade na QV geral [F(3,400)=9,88, p<0,001], na QV física [F(3,495)=9,98, p<0,001], na QV psicológica [F(3,289)=5,28, p=0,001] e na QV ambiente [F(3,465)=12,02, p<0,001]. Os participantes que frequentaram o ensino superior apresentam uma média superior relativamente à percepção da QV comparado com os restantes participantes, enquanto os indivíduos que não tem o ensino básico apresentam uma QV inferior.

Tabela 11 - *Diferenças de médias entre o nível de escolaridade e a QV*

	Sem ensino básico		Ensino básico		Ensino secundário		Ensino superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QV geral	3,34	0,56	3,59	0,52	3,69	0,51	3,83	0,58	9,88***
QV Física	3,26	0,77	3,48	0,75	3,72	0,74	3,83	0,75	9,98***
QV Psicológica	3,35	0,82	3,57	0,72	3,73	0,76	3,75	0,82	5,28**
QV Social	3,62	0,74	3,73	0,61	3,73	0,65	3,72	0,72	0,60
QV Ambiente	3,35	0,64	3,59	0,61	3,62	0,58	3,94	0,51	12,02***

Nota: ***p<0,001; **p < .01

Ao nível da QV e dos quatro domínios, não se verificam diferenças significativas entre o os indivíduos profissionalmente ativos e os indivíduos reformados (tabela 12).

Tabela 12 - *Diferenças de médias entre a situação profissional e a QV*

	Profissionalmente ativo		Reformado		F
	M	DP	M	DP	
QV geral	3,57	0,54	3,59	0,56	0,07
QV Física	3,49	0,71	3,51	0,78	0,03
QV Psicológica	3,53	0,80	3,56	0,77	0,04
QV Social	3,56	0,73	3,72	0,65	2,26
QV Ambiente	3,65	0,63	3,58	0,62	0,44

Através da tabela 13, verifica-se diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência na QV geral [F(2,357)=7,28,

p=0,001] e nos domínios da QV física [F(2,435)=7,35, p=0,001], QV psicológica [F(2,428)=12,41, p<0,001] e QV ambiente [F(2,418)=2,99, p=0,05]. Os indivíduos que residem em casa própria ou alugada apresentam médias superiores relativamente à perceção da QV geral, QV física, QV psicológica e QV ambiente, em comparação com os restantes, por outro lado, os participantes que residem em casa dos filhos são os que apresentam menor QV.

Tabela 13 - *Diferenças de médias entre o local de residência e a QV*

	Casa própria ou alugada		Casa dos filhos		Instituição		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QV geral	3,66	0,55	3,36	0,58	3,45	0,52	7,28**
QV Física	3,61	0,74	3,16	0,86	3,38	0,81	7,53**
QV Psicológica	3,67	0,74	3,18	0,84	3,33	0,79	12,41***
QV Social	3,71	0,67	3,65	0,59	3,71	0,61	0,07
QV Ambiente	3,63	0,62	3,36	0,61	3,54	0,61	2,99*

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Relativamente à presença ou não de doença crónica verificam-se diferenças estatisticamente significativas na QV geral [F(1,394)=25,06, p<0,001], na QV física [F(1,492)=51,36, p<0,001], na QV psicológica [F(1,480)=14,43, p<0,001] e QV social [F(1,432)=5,28, p=0,022]. Os participantes sem doenças crónicas apresentam médias superiores em comparação com os que tem doença crónica (tabela 14).

Tabela 14 - *Diferenças de médias entre o ter ou não ter doença crónica e a QV*

	Sem doença crónica		Com doença crónica		F
	M	DP	M	DP	
QV geral	3,79	0,52	3,51	0,54	25,06***
QV Física	3,86	0,65	3,36	0,77	51,36***
QV Psicológica	3,76	0,72	3,48	0,78	14,43***
QV Social	3,81	0,62	3,66	0,66	5,28*
QV Ambiente	3,67	0,60	3,55	0,62	3,71

Nota: ***p<.001; *p <.05

4.2. Resultados das funções neuropsicológicas

Através da tabela 15, observa-se que as funções neuropsicológicas apresentam uma média de respostas de 0,86. Os participantes apresentam uma média de 20,08 para a componente da memória, 11,68 para a componente da linguagem, 20,43 para a componente das gnosias e praxias e por último 27,29 para a componente das funções executivas.

Tabela 15 - *Distribuição dos componentes das funções neuropsicológicas*

	M	DP
Funções Neuropsicológicas	0,86	0,12
Memória	20,08	4,15
Linguagem	11,68	0,83
Gnosias e praxias	20,43	1,27
Funções executivas	27,29	8,41

Ao nível das funções neuropsicológicas e das restantes componentes, não se verificam diferenças significativas entre o género feminino e o género masculino (tabela 16).

Tabela 16 - *Diferenças de médias entre o género e as funções neuropsicológicas*

	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,86	0,12	0,85	0,12	1,16
Memória	20,24	4,04	19,60	4,47	2,12
Linguagem	11,69	0,85	11,67	0,80	0,04
Gnosias e praxias	20,43	1,32	20,43	1,11	0,00
Funções executivas	27,24	8,33	26,88	8,72	1,06
Discurso	1,11	0,32	1,11	0,32	0,00

Através da tabela 17, observam-se diferenças significativas entre os grupos etários em todas as variáveis: funções neuropsicológicas

[F(2,453)=37,04, $p<0,001$], memória [F(2,453)=25,73, $p<0,001$], linguagem [F(2,472)=18,29, $p<0,001$], gnosias e praxias [F(2,506)=8,24, $p<0,001$], funções executivas [F(2,263)=17,44, $p<0,001$] e discurso [F(2,488)=5,32, $p=0,005$]. Verifica-se que o desempenho ao nível das funções neuropsicológicas e dos seus componentes diminuiu com o avançar da idade, sendo que os indivíduos com 81 ou mais anos apresentam médias inferiores aos restantes grupos etários.

Tabela 17 - *Diferenças de médias entre as idades e as funções neuropsicológicas*

	até 65 anos		66 - 80		81 anos ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,90	0,09	0,89	0,10	0,80	0,13	37,04***
Memória	21,44	4,42	20,82	3,43	18,37	4,28	25,73***
Linguagem	12,06	1,07	11,70	0,68	11,44	0,78	18,29***
Gnosias e praxias	20,61	0,77	20,59	0,94	20,13	1,70	8,24***
Funções executivas	31,06	6,83	28,55	7,46	23,67	9,00	17,44***
Discurso	1,12	0,33	1,06	0,25	1,17	0,37	5,32**

Nota: *** $p<0,001$; ** $p < .01$

Os resultados da tabela 18 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil, nas funções neuropsicológicas [F(3,452)=13,87, $p<0,001$] e as componentes da memória [F(3,481)=14,32, $p<0,001$], da linguagem [F(3,471)=9,97, $p<0,001$] e das funções executivas [F(3,262)=7,97, $p<0,001$]. Os indivíduos solteiros apresentam médias inferiores ao nível do desempenho das funções neuropsicológicas e das componentes da memória e das funções executivas. Por outro lado, os viúvos apresentam uma média inferior ao nível da linguagem.

Tabela 18 - *Diferenças de médias entre o estado civil e as funções neuropsicológicas*

	Solteiro		União de facto / casado		Separado / divorciado		Viúvo		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,81	0,15	0,90	0,09	0,89	0,08	0,83	0,13	13,87***
Memória	17,96	5,23	21,16	3,20	21,48	2,91	19,24	4,51	14,32***
Linguagem	11,56	0,64	11,84	0,79	12,00	1,02	11,47	0,81	9,97***
Gnosias e praxias	20,27	1,02	20,56	1,60	20,65	0,75	20,29	1,12	2,29
Funções executivas	24,19	9,67	30,34	6,77	28,70	6,84	25,33	8,94	7,97***
Discurso	1,20	0,41	1,08	0,26	1,16	0,37	1,11	0,32	2,52

Nota: *** $p < 0,001$

Através do resultados obtidos (tabela 19) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas funções neuropsicológicas [F(3,450)=38,40, $p < 0,001$], e nas componentes da memória [F(3,479)=35,05, $p < 0,001$], da linguagem [F(3,469)=29,52, $p < 0,001$], das gnosias e praxias [F(3,502)=8,88, $p < 0,001$] e das funções executivas [F(3,260)=17,32, $p < 0,001$], sendo que os indivíduos que não tem o ensino básico apresentam um desempenho inferior que os restantes.

Tabela 19 - *Diferenças de médias entre o nível de escolaridade e as funções neuropsicológicas*

	Sem ensino básico		Ensino básico		Ensino secundário		Ensino superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,77	0,14	0,85	0,11	0,92	0,07	0,93	0,07	38,40***
Memória	17,17	5,19	19,94	3,56	22,33	3,31	22,05	2,19	35,05***
Linguagem	11,11	0,99	11,67	0,61	12,16	1,06	11,90	0,30	29,52***
Gnosias e praxias	19,93	2,15	20,45	1,00	20,67	0,66	20,84	0,41	8,88***
Funções executivas	22,51	8,29	27,44	8,09	31,87	6,99	32,32	4,84	17,37***
Discurso	1,14	0,34	1,13	0,33	1,05	0,22	1,10	0,30	1,38

Nota: *** $p < 0,001$

Os resultados da tabela 20 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação profissional dos participantes nas funções neuropsicológicas [F(1,425)=11,23, p=0,001], e nas componentes da memória [F(1,453)=19,98, p<0,001], da linguagem [F(1,443)=41,18, p<0,001] e das funções executivas [F(1,249)=5,95, p=0,015]. Os indivíduos reformados apresentam pior desempenho ao nível das funções neuropsicológicas e das componentes da memória, linguagem e funções executivas.

Tabela 20 - *Diferenças de médias entre a situação profissional e as funções neuropsicológicas*

	Profissionalmente ativo		Reformado		F
	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,92	0,06	0,85	0,12	11,23**
Memória	22,74	3,92	19,77	4,11	19,98***
Linguagem	12,46	1,45	11,61	0,72	41,18***
Gnosias e praxias	20,55	0,86	20,40	1,33	0,49
Funções executivas	31,89	4,98	27,02	8,34	5,95*
Discurso	1,12	0,33	1,12	0,32	0,00

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Através da tabela 21 verifica-se diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência em todas as variáveis: funções neuropsicológicas [F(2,392)=29,61, p<0,001], memória [F(2,417)=19,11, p<0,001], linguagem [F(2,409)=8,79, p<0,001], gnosias e praxias [F(2,440)=5,36, p=0,005], funções executivas [F(2,250)=17,34, p<0,001] e discurso [F(2,424)=3,23, p=0,41]. Os indivíduos que residem quem casa própria ou alugada apresentam melhor desempenho em todas as variáveis quando comparados com os que residem quem casa dos filhos ou instituições, à exceção do discurso, onde se verifica que são os idosos que residem na instituição que tem melhor resultado.

Tabela 21 - *Diferenças de médias entre o local de residência e as funções neuropsicológicas*

	Casa própria ou alugada		Casa dos filhos		Instituição		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,89	0,11	0,80	0,12	0,80	0,13	29,61***
Memória	21,04	3,68	18,03	5,15	18,58	4,66	19,11***
Linguagem	11,81	0,92	11,39	0,74	11,46	0,67	8,79***
Gnosias e praxias	20,52	0,95	20,41	0,71	20,06	1,96	5,36**
Funções executivas	29,41	7,84	23,00	8,40	23,16	8,41	17,34*
Discurso	1,10	0,29	1,10	0,31	1,18	0,39	3,23***

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Relativamente à presença de doença crónica (tabela 22), comparando indivíduos sem e com doença crónica, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da memória [F(1,469)=4,79, p=0,029], sendo o desempenho ao nível da memória superior para os indivíduos sem doença crónica.

Tabela 22 - *Diferenças de médias entre o ter ou não ter doença crónica e as funções neuropsicológicas*

	Sem doença crónica		Com doença crónica		F
	M	DP	M	DP	
Funções Neuropsicológicas	0,87	0,12	0,86	0,12	0,32
Memória	20,66	4,06	19,77	4,22	4,79*
Linguagem	11,70	0,90	11,67	0,73	0,15
Gnosias e praxias	20,44	0,91	20,41	1,44	0,04
Funções executivas	26,93	9,03	27,46	8,18	0,22
Discurso	1,10	0,30	1,12	0,33	0,56

Nota: *p <.05

4.3. Resultados da saúde mental

Na tabela 23 pode verificar-se que a saúde mental, a média de respostas dos participantes é de 1,91, sendo o valor mínimo de 0 valores e o máximo de 3 valores. Relativamente aos componentes, a disfunção social apresentou uma média mais elevada (M=2,11), seguida pelos sintomas somáticos (M=1,67), ansiedade e insónia (M=1,63), sendo que a depressão grave apresenta a média mais baixa (M=1,32). Quanto mais elevado for o valor da saúde mental e dos componentes, pior a saúde mental dos participantes.

Tabela 23 - *Distribuição dos componentes da saúde mental*

	M	DP
Saúde mental	1,91	0,35
Sintomas somáticos	1,67	0,50
Ansiedade e insónia	1,63	0,53
Disfunção social	2,11	0,46
Depressão Grave	1,32	0,50

Através da tabela 24 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a saúde mental [$F(1,473)=9,78$, $p=0,002$] e os sintomas somáticos [$F(1,500)=6,41$, $p=0,012$], sendo que são as mulheres quem apresentam pior saúde mental e piores sintomas somáticos quando comparadas com os homens.

Tabela 24 - *Diferenças de médias entre o género dos participantes e a saúde mental*

	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Saúde mental	1,93	0,36	1,82	0,28	9,78**
Sintomas somáticos	1,70	0,52	1,57	0,40	6,41*
Ansiedade e insónia	1,65	0,54	1,56	0,47	3,07
Disfunção social	2,09	0,47	2,18	0,44	3,49
Depressão Grave	1,34	0,53	1,27	0,38	1,95

Nota: **p < .01; *p < .05

Comparando os grupos etários, verifica-se diferenças estatisticamente significativas nas componentes da disfunção social [F(2,488)=6,00, p=0,003] e da depressão grave [F(2,487)=5,66, p=0,004], sendo que os indivíduos com menos de 80 anos são os que apresentam uma pior disfunção social em comparação com os indivíduos com mais de 81 anos. Por outro lado, ao nível da depressão grave são os indivíduos com mais de 81 anos que apresentam maior média, ou seja, apresentam pior nível de depressão grave comparando com os outros grupos etários (tabela 25).

Tabela 25 - *Diferenças de médias entre as idades dos participantes e a saúde mental*

	até 65 anos		66 - 80		81 anos ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde mental	1,89	0,36	1,88	0,33	1,95	0,36	2,15
Sintomas somáticos	1,68	0,48	1,67	0,52	1,66	0,48	,10
Ansiedade e insónia	1,69	0,62	1,65	0,54	1,57	0,46	1,95
Disfunção social	2,16	0,49	2,16	0,48	2,01	0,42	6,00**
Depressão Grave	1,33	0,52	1,25	0,39	1,41	0,57	5,66**

Nota: **p < .01

Através da tabela 26 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a disfunção social [F(3,487)= 5,37, p=0,001] e a depressão grave [F(3,486)=3,00, p=0,030]. No caso da disfunção social verifica-se que os indivíduos em união de facto/casado apresentam uma média superior quando comparados com os restantes, ou seja, tem pior disfunção social. Por outro lado, ao nível da depressão grave, são os indivíduos viúvos que apresentam valores mais elevados.

Tabela 26 - *Diferenças de médias entre o estado civil dos participantes e a saúde mental*

	Solteiro		União de facto / casado		Separado / divorciado		Viúvo		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde mental	1,87	0,33	1,88	0,31	1,85	0,32	1,96	0,38	2,34
Sintomas somáticos	1,56	0,43	1,69	0,52	1,66	0,41	1,68	0,52	0,94
Ansiedade e insónia	1,54	0,47	1,67	0,53	1,57	0,49	1,64	0,55	1,07
Disfunção social	2,00	0,45	2,22	0,49	2,09	0,54	2,05	0,41	5,37**
Depressão Grave	1,34	0,42	1,25	0,40	1,27	0,50	1,39	0,57	3,00*

Nota: ***p<.001; *p <.05

Através da tabela 27 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade na saúde mental [F(3,464)=4,79, p=0,003] e a depressão grave [F(3,483)=6,92, p<0,001], sendo que os indivíduos sem o ensino básico apresentam médias mais elevadas quando comparados com os restantes.

Tabela 27 - *Diferenças de médias entre o nível de escolaridade dos participantes e a saúde mental*

	Sem ensino básico		Ensino básico		Ensino secundário		Ensino superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde mental	2,02	0,34	1,90	0,35	1,86	0,32	1,84	0,36	4,79**
Sintomas somáticos	1,77	0,47	1,65	0,52	1,67	0,47	1,61	0,50	1,92
Ansiedade e insónia	1,71	0,48	1,59	0,53	1,68	0,59	1,58	0,54	1,63
Disfunção social	2,09	0,46	2,10	0,48	2,13	0,44	2,11	0,45	0,14
Depressão Grave	1,49	0,58	1,33	0,49	1,17	0,34	1,25	0,49	6,92***

Nota: ***p<.001; **p <.01

Relativamente à situação profissional verifica-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da saúde mental [F(1,440)=4,61, p=0,032], dos sintomas somáticos [F(1,466)=14,25, p<0,001] e da ansiedade e insónia [F(1,459)=18,17, p<0,001], sendo que os indivíduos profissionalmente ativos apresentam valores mais elevados

(pior saúde mental) quando comparados com os indivíduos reformados (tabela 28).

Tabela 28 - *Diferenças de médias entre a situação profissional dos participantes e a saúde mental*

	Profissionalmente ativo		Reformado		F
	M	DP	M	DP	
Saúde mental	2,03	0,36	1,90	0,35	4,61*
Sintomas somáticos	1,95	0,46	1,65	0,50	14,25***
Ansiedade e insónia	1,97	0,63	1,60	0,51	18,17***
Disfunção social	2,21	0,45	2,09	0,47	2,47
Depressão Grave	1,42	0,61	1,32	0,49	1,35

Nota: *** $p < .001$; * $p < .05$

Através da tabela 29 pode observar-se que ao nível do local de residência existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à saúde mental [$F(2,408)=3,08$, $p=0,047$] e à depressão grave [$F(2,426)=5,73$, $p=0,004$], sendo que os indivíduos que residem em casa dos filhos apresentam uma média superior (pior saúde mental) quando comparados com os que residem em casa própria/alugada ou numa instituição.

Tabela 29 - *Diferenças de médias entre o local de residência dos participantes e a saúde mental*

	Casa própria ou alugada		Casa dos filhos		Instituição		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Saúde mental	1,90	0,35	2,07	0,52	1,91	0,33	3,08*
Sintomas somáticos	1,70	0,54	1,79	0,61	1,59	0,42	2,80
Ansiedade e insónia	1,66	0,54	1,76	0,64	1,55	0,47	2,69
Disfunção social	2,13	0,48	2,00	0,36	2,05	0,47	1,96
Depressão Grave	1,28	0,48	1,53	0,74	1,43	0,51	5,73**

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

Por último, comparando indivíduos com e sem doença crónica, é possível observar diferenças estatisticamente significativas ao nível da saúde mental [F(1,461)=8,62, p=0,003], dos sintomas somáticos [F(1,487)=16,20, p<0,001] e da ansiedade e insónia [F(1,480)=4,98, p=0,026]. Os indivíduos com doença crónica apresentam valores superiores (pior saúde mental) quando comparados com indivíduos sem doença crónica (tabela 30).

Tabela 30 - *Diferenças de médias entre o ter ou não ter doença crónica e a saúde mental*

	Sem doença crónica		Com doença crónica		F
	M	DP	M	DP	
Saúde mental	1,84	0,31	1,94	0,36	8,62**
Sintomas somáticos	1,54	0,45	1,72	0,50	16,20***
Ansiedade e insónia	1,55	0,51	1,66	0,53	4,98*
Disfunção social	2,08	0,42	2,10	0,46	0,15
Depressão Grave	1,29	0,53	1,35	0,49	1,55

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

4.4. Resultados do estilo de vida

Através da tabela 31 observa-se que no estilo de vida, as respostas dos participantes apresentam uma média de 8,95, sendo que quando maior, mais saudável é o estilo de vida dos participantes. Relativamente aos componentes, o consumo de álcool apresenta uma média de 1,91, o consumo de tabaco de 0,93, a gestão de stress de 3,87, o exercício físico de 0,55 e a dieta tem uma média de 1,65.

Tabela 31 - *Distribuição dos componentes do estilo de vida saudável*

	M	DP
Estilo de vida saudável	8,95	2,02
Menor consumo de álcool	1,91	0,38
Menor consumo de tabaco	0,93	0,26
Melhor gestão de stress	3,87	1,69
Mais exercício físico	0,55	0,70
Dieta saudável	1,65	0,54

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre o género nas componentes: menor consumo de álcool [F(1,491)=32,10, p<0,001], dieta saudável [F(1,500)=12,13, p=0,001] e melhor gestão de stress [F(1,496)=3,86, p=0,05]. O género feminino apresenta médias superiores relativamente ao menor consumo de álcool e à dieta saudável em comparação com o género masculino, por outro lado, estes apresentam valor superior relativamente à melhor gestão de stress em comparação com as mulheres (tabela 32).

Tabela 32 - *Diferenças de médias entre o género dos participantes e o estilo de vida*

	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	8,98	1,94	8,80	2,29	0,42
Menor consumo de álcool	1,96	0,25	1,74	0,61	32,10***
Menor consumo de tabaco	0,94	0,24	0,89	0,31	3,44
Melhor gestão de stress	3,79	1,73	4,14	1,53	3,86*
Mais exercício físico	0,55	0,68	0,55	0,74	0,00
Dieta saudável	1,70	0,52	1,50	0,58	12,13**

Nota: ***p<0.001; **p < .01; *p <.05

Comparando os grupos etários, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no estilo de vida saudável [F(2,344)=7,66, p=0,001] e nos componentes de menor consumo de tabaco [F(2,495)=36,01, p<0,001], melhor gestão de stress [F(2,491)=6,77, p=0,001], mais exercício físico [F(2,362)=26,07,

$p < 0,001$] e dieta saudável [$F(2,495)=15,10$, $p < 0,001$]. Os idosos com 81 anos ou mais apresentam um estilo de vida saudável, um menor consumo de tabaco, uma melhor gestão de stress e uma dieta mais saudável em comparação com as restantes faixas etárias. Apenas na variável do exercício físico verifica-se que são os mais novos (menos de 65 anos) que praticam mais exercício em comparação com os indivíduos mais velhos (tabela 33).

Tabela 33 - *Diferenças de médias entre as idades dos participantes e o estilo de vida*

	até 65 anos		66 - 80		81 anos ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	8,24	2,39	9,19	1,77	9,23	1,89	7,66**
Menor consumo de álcool	1,87	0,45	1,89	0,41	1,96	0,25	2,71
Menor consumo de tabaco	0,74	0,44	0,96	0,20	0,99	0,10	36,01***
Melhor gestão de stress	3,33	1,71	3,96	1,54	4,08	1,79	6,77**
Mais exercício físico	0,79	0,79	0,66	0,70	0,16	0,37	26,07***
Dieta saudável	1,41	0,57	1,67	0,53	1,77	0,48	15,10***

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$

Através da tabela 34 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil nas componentes de menor consumo de álcool [$F(3,485)=5,60$, $p=0,001$], menor consumo de tabaco [$F(3,494)=5,34$, $p=0,001$], mais exercício físico [$F(3,361)=5,67$, $p=0,001$] e dieta saudável [$F(3,494)=4,35$, $p=0,005$]. Os indivíduos viúvos e os indivíduos separados/divorciados consomem menos álcool que os restantes. Para além disso, no caso dos indivíduos viúvos, estes também consomem menos tabaco e têm uma dieta mais saudável. Relativamente à prática de exercício físico, são os indivíduos casados quem praticam mais.

Tabela 34 - *Diferenças de médias entre o estado civil dos participantes e o estilo de vida*

	Solteiro		União de facto / casado		Separado / divorciado		Viúvo		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	8,66	1,95	8,97	2,10	9,02	2,30	9,06	1,79	0,37
Menor consumo de álcool	1,90	0,36	1,82	0,51	1,97	0,26	1,97	0,23	5,60**
Menor consumo de tabaco	0,94	0,24	0,91	0,28	0,82	0,39	0,97	0,18	5,34**
Melhor gestão de stress	3,75	1,88	3,84	1,61	4,11	1,60	3,87	1,73	0,53
Mais exercício físico	0,51	0,74	0,73	0,73	0,44	0,65	0,42	0,63	5,67**
Dieta saudável	1,60	0,50	1,59	0,57	1,57	0,59	1,76	0,48	4,35**

Nota: **p < .01

Relativamente ao nível de escolaridade verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no menor consumo de álcool [F(3,482)=5,56, p=0,001], menor consumo de tabaco [F(3,491)=7,88, p<0,001] e mais exercício físico [F(3,359)=12,37, p<0,001]. Os indivíduos sem o ensino básico apresentam menor consumo de álcool em comparação com os restantes níveis de escolaridade. Por outro lado, quer os indivíduos sem o ensino básico quer os indivíduos com o ensino básico apresentam menor consumo de tabaco. Relativamente ao exercício físico, os indivíduos com o ensino secundário praticam mais exercício físico enquanto os indivíduos sem o ensino básico são os que realizam menos exercício físico (tabela 35).

Tabela 35 - *Diferenças de médias entre o nível de escolaridade dos participantes e o estilo de vida*

	Sem ensino básico		Ensino básico		Ensino secundário		Ensino superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	8,74	1,82	9,11	1,88	8,77	2,48	9,14	1,85	0,89
Menor consumo de álcool	2,00	0,00	1,91	0,37	1,78	0,57	1,92	0,28	5,56**
Menor consumo de tabaco	0,96	0,19	0,96	0,19	0,83	0,38	0,87	0,34	7,88***
Melhor gestão de stress	3,82	1,85	3,96	1,67	3,60	1,70	4,02	1,38	1,12
Mais exercício físico	0,15	0,40	0,55	0,71	0,82	0,74	0,71	0,67	12,37***
Dieta saudável	1,66	0,55	1,66	0,54	1,66	0,50	1,63	0,55	0,08

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$

Os resultados da tabela 36 indicam que existe diferenças estatisticamente significativas entre a situação profissional no estilo de vida saudável [$F(1,319)=28,38$, $p < 0,001$] e nos seus componentes: menor consumo de tabaco [$F(1,467)=32,98$, $p < 0,001$], melhor gestão de stress [$F(1,461)=27,82$, $p < 0,001$], mais exercício físico [$F(1,334)=5,74$, $p=0,017$] e dieta saudável [$F(1,465)=8,86$, $p=0,03$]. Os indivíduos reformados apresentam médias superiores (mais saudáveis) relativamente ao estilo de vida e aos componentes do consumo de tabaco, nível de stress e dieta em comparação aos indivíduos profissionalmente ativos, com exceção do componente do exercício físico, em que são os indivíduos profissionalmente ativos que praticam mais exercício físico.

Tabela 36 - *Diferenças de médias entre a situação profissional dos participantes e o estilo de vida*

	Profissionalmente ativo		Reformado		F
	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	7,29	2,39	9,17	1,88	28,38***
Menor consumo de álcool	1,93	0,26	1,90	0,39	0,13
Menor consumo de tabaco	0,71	0,46	0,95	0,23	32,98***
Melhor gestão de stress	2,56	1,60	4,00	1,67	27,82***
Mais exercício físico	0,79	0,87	0,51	0,66	5,74*
Dieta saudável	1,44	0,59	1,69	0,52	8,86**

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

Através da tabela 37 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência no consumo de álcool [F(2,432)=3,66, p=0,027] e no exercício físico [F(2,312)=28,10, p<0,001]. Os indivíduos que residem em casa própria ou alugada apresentam um maior consumo de álcool em comparação com os idosos que residem em casa dos filhos ou numa instituição, por outro lado também praticam mais exercício físico que os restantes.

Tabela 37 - *Diferenças de médias entre o local de residência dos participantes e o estilo de vida*

	Casa própria ou alugada		Casa dos filhos		Instituição		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	8,99	2,06	8,68	1,92	8,91	2,12	0,21
Menor consumo de álcool	1,88	0,43	2,00	0,00	1,97	0,21	3,66*
Menor consumo de tabaco	0,91	0,28	1,00	0,00	0,95	0,21	2,39
Melhor gestão de stress	3,82	1,64	3,42	1,82	3,94	1,88	1,12
Mais exercício físico	0,72	0,74	0,05	0,23	0,07	0,32	28,10***
Dieta saudável	1,68	0,49	1,81	0,40	1,70	0,55	0,88

Nota: ***p<.001; *p <.05

Através da tabela 38 verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na componente de consumo de álcool [$F(1,479)=6,80, p=0,009$] e no exercício físico [$F(1,354)=7,10, p=0,008$]. Os indivíduos com doença crónica apresentam menor consumo de álcool e uma menor prática de exercício físico em comparação com os indivíduos sem doença crónica.

Tabela 38 - *Diferenças de médias entre o ter ou não ter doença crónica e o estilo de vida*

	Sem doença crónica		Com doença crónica		F
	M	DP	M	DP	
Estilo de vida saudável	9,11	2,05	8,86	1,98	1,25
Menor consumo de álcool	1,84	0,50	1,94	0,30	6,80**
Menor consumo de tabaco	0,91	0,29	0,94	0,24	1,76
Melhor gestão de stress	4,00	1,68	3,80	1,68	1,50
Mais exercício físico	0,68	0,72	0,48	0,67	7,10**
Dieta saudável	1,65	0,55	1,66	0,54	0,06

Nota: ** $p < .01$

4.5. Resultados da qualidade do sono

Relativamente à qualidade do sono e os seus componentes, através da tabela 39, pode verificar-se que a qualidade do sono apresenta uma média de respostas dos participantes de 7,42, sendo o valor mínimo de 0 e o máximo de 21. Os componentes variam entre 0 e 3 valores, sendo que a qualidade subjetiva do sono apresenta a média mais baixa, ou seja, não existe dificuldade ($M=0,32$) enquanto que a eficiência apresenta a média mais elevada, isto é, existe uma severa dificuldade ($M=1,47$).

Tabela 39 - *Distribuição dos componentes da qualidade do sono*

	M	DP
Qualidade do sono	7,42	4,35
Qualidade subjetiva do sono	0,32	0,57
Latência	1,31	1,12
Duração	1,41	1,24
Eficiência	1,47	1,27
Perturbação	1,40	0,66
Medicação Hipnótica	1,31	1,46
Disfunção dia	0,64	0,93

Através da tabela 40 verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o género na qualidade do sono [F(1,164)=9,04, p=0,003], na latência [F(1,445)=12,23, p=0,001], na eficiência [F(1,202)=4,71, p=0,031], na perturbação [F(1,458)=11,70, p=0,001] e na disfunção de dia [F(1,496)=4,50, p=0,034]. O género feminino apresenta médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à qualidade do sono e aos componentes da latência, eficiência, perturbação e disfunção de dia em comparação com o género masculino.

Tabela 40 - *Diferenças de médias entre o género dos participantes e a qualidade do sono*

	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	8,02	4,29	5,77	4,12	9,04**
Qualidade subjetiva do sono	0,33	0,58	0,27	0,55	1,08
Latência	1,42	1,14	0,99	1,01	12,23**
Duração	1,45	1,25	1,28	1,23	1,31
Eficiência	1,58	1,28	1,14	1,20	4,71*
Perturbação	1,46	0,67	1,22	0,58	11,70**
Medicação Hipnótica	1,37	1,46	1,14	1,46	2,38
Disfunção dia	0,69	0,95	0,48	0,86	4,50*

Nota: **p < .01; *p < .05

Os resultados da tabela 41 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e a perturbação [F(2,452)=3,71, p=0,025], a medicação hipnótica [F(2,489)=3,18, p=0,043] e a disfunção de dia [F(2,491)=3,55, p=0,029]. Os idosos com 81 anos ou mais apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à perturbação, medicação hipnótica e disfunção de dia quando comparados com as restantes faixas etárias.

Tabela 41 - *Diferenças de médias entre as idades dos participantes e a qualidade do sono*

	até 65 anos		66 - 80		81 anos ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	6,27	4,11	8,07	4,04	7,33	4,83	2,01
Qualidade subjetiva do sono	0,30	0,60	0,36	0,60	0,25	0,50	2,16
Latência	1,11	1,08	1,42	1,11	1,32	1,14	2,32
Duração	1,35	1,20	1,45	1,24	1,38	1,28	0,20
Eficiência	1,18	1,32	1,58	1,27	1,52	1,21	1,59
Perturbação	1,25	0,71	1,39	0,62	1,49	0,65	3,71*
Medicação Hipnótica	1,20	1,43	1,20	1,44	1,54	1,49	3,18*
Disfunção dia	0,56	1,00	0,55	0,87	0,78	0,96	3,55*

Nota: *p < .05

Relativamente ao estado civil, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na qualidade do sono [F(3,159)=4,67, p=0,004], latência [F(3,439)=4,74, p=0,003] e medicação hipnótica [F(3,488)=4,42, p=0,004]. Os indivíduos solteiros apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à qualidade do sono e à latência em comparação com os restantes estados civis. Por outro lado, os indivíduos viúvos apresentam uma média superior na medicação hipnótica (tabela 42).

Tabela 42 - *Diferenças de médias entre o estado civil dos participantes e a qualidade do sono*

	Solteiro		União de facto / casado		Separado / divorciado		Viúvo		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	10,21	5,81	6,19	3,78	7,09	4,19	8,23	4,25	4,67**
Qualidade subjetiva do sono	0,35	0,65	0,29	0,50	0,28	0,59	0,32	0,59	0,21
Latência	1,63	1,13	1,08	1,01	1,28	1,10	1,46	1,18	4,74**
Duração	1,54	1,31	1,34	1,20	1,28	1,26	1,46	1,27	0,57
Eficiência	1,65	1,32	1,24	1,25	1,30	1,36	1,74	1,22	2,31
Perturbação	1,39	0,68	1,30	0,65	1,47	0,65	1,47	0,65	2,14
Medicação Hipnótica	1,51	1,50	1,01	1,38	1,34	1,49	1,54	1,48	4,42**
Disfunção dia	0,62	1,03	0,55	0,88	0,72	0,93	0,70	0,96	1,02

Nota: **p < .01

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e a latência [$F(3,436)=4,68$, $p=0,003$], a perturbação [$F(3,449)=5,89$, $p=0,001$] e a medicação hipnótica [$F(3,485)=2,75$, $p=0,043$]. Os idosos que não tem o ensino básico apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à latência, perturbação e medicação hipnótica em comparação com os restantes níveis de escolaridade (tabela 43).

Tabela 43 - *Diferenças de médias entre o nível de escolaridade dos participantes e a qualidade do sono*

	Sem ensino básico		Ensino básico		Ensino secundário		Ensino superior		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
	Qualidade do sono	9,26	4,07	7,51	4,21	7,36	4,84	5,95	
Qualidade subjetiva do sono	0,38	0,63	0,26	0,52	0,35	0,61	0,32	0,54	1,31
Latência	1,70	1,17	1,25	1,11	1,35	1,11	1,05	0,95	4,68**
Duração	1,69	1,28	1,33	1,26	1,44	1,19	1,26	1,17	1,70
Eficiência	2,03	1,17	1,38	1,26	1,39	1,25	1,37	1,36	2,36
Perturbação	1,59	0,70	1,42	0,61	1,27	0,58	1,19	0,76	5,89**
Medicação Hipnótica	1,51	1,49	1,43	1,47	1,10	1,43	0,98	1,38	2,75*
Disfunção dia	0,68	0,95	0,72	0,97	0,48	0,86	0,52	0,84	1,82

Nota: **p < .01; *p < .05

Através da tabela 44, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos profissionalmente ativos e os indivíduos reformados na duração do sono [F(1,375)=3,96, p=0,047], sendo os indivíduos profissionalmente ativos que apresentam uma média superior, ou seja, maiores dificuldades relativamente à duração do sono.

Tabela 44 - *Diferenças de médias entre a situação profissional e a qualidade do sono*

	Profissionalmente ativo		Reformado		F
	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	9,10	5,04	7,28	4,25	1,67
Qualidade subjetiva do sono	0,45	0,67	0,28	0,54	3,54
Latência	1,34	1,10	1,31	1,13	0,03
Duração	1,81	1,22	1,35	1,23	3,96*
Eficiência	1,75	1,29	1,44	1,28	0,86
Perturbação	1,38	0,79	1,41	0,64	0,11
Medicação Hipnótica	1,24	1,46	1,36	1,47	0,24
Disfunção dia	0,86	1,12	0,63	0,92	2,16

Nota: *p < .05

Os resultados da tabela 45 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência na perturbação [F(2,406)=5,17, p=0,006], na medicação hipnótica [F(2,432)=4,36, p=0,013] e na disfunção de dia [F(2,432)=6,63, p=0,001]. Os indivíduos que residem em casa dos filhos apresentam uma média superior (maiores dificuldades) relativamente à perturbação do sono em comparação com os restantes. Por outro lado, os indivíduos que residem numa instituição apresentam uma média superior relativamente à medicação hipnótica e à disfunção de dia.

Tabela 45 - *Diferenças de médias entre o local de residência dos participantes e a qualidade do sono*

	Casa própria ou alugada		Casa dos filhos		Instituição		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	7,93	4,41	7,50	5,13	6,82	4,21	0,90
Qualidade subjetiva do sono	0,32	0,56	0,29	0,46	0,25	0,56	0,65
Latência	1,33	1,13	1,38	1,27	1,42	1,14	0,22
Duração	1,50	1,25	1,35	1,27	1,29	1,29	0,96
Eficiência	1,61	1,32	1,75	1,29	1,41	1,14	0,49
Perturbação	1,39	0,68	1,76	0,74	1,33	0,58	5,17**
Medicação Hipnótica	1,25	1,45	1,45	1,52	1,71	1,49	4,36*
Disfunção dia	0,51	0,82	0,81	1,14	0,85	1,03	6,63**

Nota: **p < .01; *p < .05

Por último, os resultados da tabela 46 indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos sem doença crónica e os indivíduos com doença crónica na qualidade do sono [F(1,161)=6,62, p=0,011] e nos componentes: qualidade subjetiva do sono [F(1,485)=7,51, p=0,006], perturbação [F(1,445)=32,85, p<0,001], medicação hipnótica [F(1,481)=20,22, p<0,001], disfunção de dia [F(1,483)=7,50, p=0,006]. Os indivíduos com doença crónica apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à qualidade do sono, qualidade subjetiva do sono, perturbação, medicação hipnótica e disfunção de dia em comparação com os indivíduos sem doença crónica.

Tabela 46 - *Diferenças de médias entre o ter ou não ter doença crónica e a qualidade do sono*

	Sem doença crónica		Com doença crónica		F
	M	DP	M	DP	
Qualidade do sono	6,27	4,29	8,08	4,27	6,62*
Qualidade subjetiva do sono	0,21	0,48	0,36	0,60	7,51**
Latência	1,17	1,12	1,38	1,11	3,69
Duração	1,38	1,21	1,40	1,25	0,04
Eficiência	1,37	1,31	1,53	1,24	0,72
Perturbação	1,16	0,61	1,53	0,65	32,85***
Medicação Hipnótica	0,90	1,34	1,52	1,48	20,22***
Disfunção dia	0,48	0,80	0,73	0,99	7,50**

Nota: ***p<.001; **p < .01; *p <.05

5. Conclusões

O presente estudo teve como objetivos o estudo da qualidade de vida no processo de envelhecimento tendo em conta a análise das diferentes dimensões da QV, das funções neuropsicológicas, da saúde mental, da caracterização do estilo de vida (consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico, alimentação e stress) e dos hábitos de sono.

Todas as dimensões foram caracterizadas globalmente e foram identificadas as diferenças ligadas ao género, idade, escolaridade, estado civil, condição de saúde (com ou sem doenças crónicas), situação profissional (profissionalmente ativo e reformado) e situação habitacional.

De seguida serão apresentadas as principais conclusões e implicações.

Os resultados do estudo permitem verificar uma forte relação entre as variáveis em estudo, salientando-se a relação entre a Qualidade de Vida, a Saúde Mental e a Qualidade do Sono, bem como a relação entre a Saúde Mental, o Estilo de Vida e a Qualidade do Sono.

Os resultados referentes à Qualidade de Vida permitem concluir

que os participantes que apresentam melhores resultados revelam as seguintes características:

- Género masculino;
- Mais novos, existindo um agravamento com o aumento da idade;
- Escolaridade mais elevada, sendo que aumenta com o nível de escolaridade do ensino básico ao ensino superior;
- Participantes que vivem em casa própria ou alugada apresentam melhor QV versus os que vivem numa instituição ou em casa dos filhos;
- Sem doença crónica.

Nos resultados referentes às Funções Neuropsicológicas conclui-se que os participantes que apresentam maiores dificuldades são:

- os participantes com 80 anos ou mais, existe um agravamento com o aumento da idade,
- os participantes com menor escolaridade;
- os participantes solteiros e viúvos versus os casados e divorciados;
- os participantes reformados mais do que os profissionalmente ativos;
- de um modo geral os participantes que vivem numa instituição ou em casa dos filhos apresentam mais dificuldades do que os que vivem em casa própria ou alugada;
- os participantes com doença crónica.

Face aos resultados referentes aos problemas relacionados com a Saúde Mental conclui-se que os participantes que apresentam maiores dificuldades são:

- as mulheres ao nível da Saúde Mental Global e sintomas somáticos;
- os participantes com 80 anos ou mais ao nível da depres-

são grave e os participantes mais novos (menos de 80 anos) ao nível da disfunção social;

- os participantes com menor escolaridade;
- os participantes casados e viúvos versus os solteiros e divorciados;
- os participantes profissionalmente ativos versus os reformados;
- de um modo geral os participantes que vivem em casa dos filhos apresentam mais dificuldades do que os que vivem em casa própria ou alugada;
- os participantes com doença crónica.

Nos resultados referentes ao Estilo de Vida:

As mulheres apresentam um estilo de vida mais saudável ao nível do consumo de álcool e da dieta, no entanto são os homens que apresentam uma melhor gestão do stress;

Os participantes mais velhos e os que estão reformados são os que apresentam melhores resultados relativamente ao estilo de vida.

Relativamente aos resultados da Qualidade do Sono conclui-se que os participantes que apresentam melhor resultados são:

- do género masculino;
- os participantes mais novos, existe um agravamento com o aumento da idade;
- os participantes casados e divorciados versus os solteiros e viúvos;
- os participantes com escolaridade mais elevada, aumenta com o nível de escolaridade do ensino básico ao ensino superior;
- os participantes reformados mais do que os profissionalmente ativos;
- de um modo geral os participantes que vivem em casa própria ou alugada apresentam melhores resultados do que os que vivem numa instituição ou em casa dos filhos;

- os participantes sem doença crónica.

Os resultados sugerem que a qualidade de vida é influenciada por fatores psicológicos e sociais e as condições de saúde devem ser compreendidas sob uma perspetiva biopsicossocial. Esta perspetiva inclui os aspetos biológicos que podem afetar o funcionamento biológico do indivíduo, inclui o sistema psicológico relacionado às emoções e pessoais, e também inclui o sistema social associado às influências culturais, ambientais e familiares / amigos na expressão e experiência dos fenómenos de saúde e doença.

Concluimos que podem ser identificados fatores de proteção e de risco relacionados ao envelhecimento da população, nomeadamente, as diferenças de género, as diferenças de idade, as diferenças relacionadas com fatores sociais, económicos e culturais, diferenças associadas à condição de saúde, entre outras.

A prevenção e intervenção junto à população deve incluir a promoção de competências sociais e psicológicas no envelhecimento da população, família e comunidade. A promoção da saúde e de comportamentos saudáveis em todas as idades contribui para prevenir ou retardar o desenvolvimento de doenças crónicas e doenças do foro psicológico. Caso a população já se encontre em condição de saúde debilitada é importante minimizar as consequências através da deteção precoce, atendimento de qualidade e promoção de competências psicossociais. A intervenção na promoção da saúde no envelhecimento da população deve criar ambientes físicos e sociais que promovam a saúde e a participação dos idosos e é importante mudar as atitudes pessoais e sociais para incentivar a participação dos idosos (Gaspar, Domingos, et al., 2017; WHO, 2015).

A monitorização da qualidade de vida, da saúde e dos estilos de vida da população idosa é particularmente importante para a identificação de necessidades, barreiras e boas práticas.

Um psicólogo ou outro profissional da área social ou de saúde que avalie a qualidade de vida pode promover um melhor bem-estar a essa população em envelhecimento numa perspetiva multidimensional, incluindo o nível familiar, comunitário e de outras áreas que reflitam fatores de risco ou proteção em relação ao seu

processo de envelhecimento.

A avaliação da qualidade de vida pode ser útil no rastreamento e identificação de indivíduos com risco de desenvolver comportamentos ou complicações de saúde, o que é fundamental para programas sociais, programas de promoção e prevenção da saúde.

A relação entre qualidade de vida, estado de saúde, fatores psicológicos e sociais, e o impacto protetor que fatores pessoais e sociais podem ter na saúde da população idosa, são indicadores importantes e fornecem um forte argumento para a investigação científica em qualidade de vida na população idosa usando uma perspectiva biopsicossocial.

O estudo apresentou algumas limitações, uma delas é a representatividade, os participantes são portugueses e foi utilizada uma amostra de conveniência, pelo que os resultados não podem ser representativos nem generalizados para toda a população. Poderia ser interessante estudar populações específicas, por exemplo com doenças crônicas específicas e comorbidades entre doenças, incluindo problemas de saúde mental relacionados à demência, depressão e ansiedade. Apesar das limitações do estudo, as conclusões obtidas podem ser consideradas contribuições para melhor compreender e promover uma intervenção mais eficaz relacionada à qualidade de vida na população idosa com e sem situações crônicas de saúde, utilizando uma abordagem biopsicossocial e reforçando a relevância dos fatores psicossociais.

Implicações práticas

Os resultados sugerem fortemente a existência de fatores relacionados com a saúde e doença no envelhecimento da população que podem prejudicar a sua qualidade de vida ou pelo menos aumentar a sua vulnerabilidade.

As consequências da intervenção exigem uma mudança na organização dos serviços de apoio, tanto de saúde como sociais, para pessoas idosas com e sem situações crônicas de saúde que devem incluir um enfoque positivo: a promoção das competências pessoais e sociais e a promoção de uma rede de suporte social, inclu-

do família e comunidade. Foram identificados alguns fatores que podem ser considerados fatores de risco relacionado à qualidade de vida na população idosa. O impacto desse risco ou das complicações de saúde e consequências psicológicas podem ser reduzidos se os idosos desenvolverem competências sociais e psicológicas para enfrentar o risco e melhorar as oportunidades positivas de envelhecimento.

Aprovação ética: o estudo envolveu seres humanos, pelo que todos os procedimentos realizados em estudos envolvendo participantes humanos estavam de acordo com as normas éticas do comitê de investigação institucional e nacional e com a declaração de Helsínquia de 1964 e suas alterações posteriores ou comparáveis padrões éticos. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes individuais incluídos no estudo.

Referências

- Alwan, A. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2015). Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(3), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.003>
- Assuras, S., & Levin, B. (2013). Special considerations for the neuropsychological interview with older adults. In *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia* (3-9). New York: Springer.
- Beckert, M., Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 155-162. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200001>
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2003). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6(4), 355-371. <https://doi.org/10.1080/1360786021000006983>
- Boyd, D., Johnson, P., & Bee, H. (2015). *Lifespan Development: fiftyh*

- Canadian edition*. Toronto: Pearson Canada Inc.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (vol. 10, pp. 6963-6970). Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, 3, 77-100.
- Carter, R., Aldridge, S., Page, M., & Parker, S. (2019). The brain and the body. In *The human brain book* (3rd ed., pp. 36-49). Penguin Random House.
- Chokroverty, S. (2017). Sleep disorders in the elderly. In *Sleep Disorders Medicine* (1115-1138). New York: Springer. <https://doi.org/10.1002/jgf2.27>
- Dale, W., Kotwal, A. A., Shega, J. W., Schumm, L. P., Kern, D. W., Pinto, J. M., Pudelek, K. M., Waite, L. J., & McClintock, M. K. (2018). Cognitive function and risk factors among older US adults living at home. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 00(00), 1-7. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000241>.
- Ebben, M. R. (2013). Sleep and Aging. In L. D. Ravdin & H. L. Katzen (Eds.), *Handbook on the Neuropsychology of Aging and Dementia*. Springer
- Efklides, A., & Moraitou, D. (2013). Introduction: Looking at quality of life and well-being from a positive psychology perspective. In M. Platsidou, D. Moraitou (Eds) *A positive psychology perspective on quality of life* (Vol.51, pp. 1-16). Springer Science & Business Media.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life: The assessment analysis and reporting of patient-reported outcomes* (3th ed.). John Wiley & Sons.
- Feltes, B. C., de Faria Poloni, J., & Bonatto, D. (2015). Development and aging: two opposite but complementary phenomena. In *Aging and Health-A Systems Biology Perspective* (Vol. 40, pp. 74-84).

- Karger Publishers.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (Coord.). (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes: Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN 52*. Faculdade de Motricidade Humana/FCT.
- Gaspar, T., Cabrita, T., Rebelo, A., & Matos, M. G. (2017). Psychological and social factors that influence quality of life: gender, age and professional status differences. *Psychology Research*, 7(9), 489-498. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2017.09.003>
- Gaspar, T., Domingos, M., & Matos, M. (2017). Psychological and social factors that influence quality of life in aging people with and without chronic diseases. *Journal of Psychology and Behavioural Science*, 5(2), 9-16. <https://doi.org/10.15640/jpbs.v6n2a2>
- Godwin, et al. (2008). Testing the Simple Lifestyle Indicator Questionnaire. *Canadian Family Physician*, 54, 76-77
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley monograph*, 21.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229-246. <https://doi.org/10.1007/s10433-007-0063-3>
- Huang, F., Zhang, M., & Wang, S. (2019). Changes in cognitive function among older adults: A latent profile transition analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 80, 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.09.006>
- Jausset, I., Bouyer, J., Ancelin, M. L., Berr, C., Foubert-Samier, A., Ritchie, K., Ohayon, M. M., Besset, A., & Dauvilliers, Y. (2012). Excessive sleepiness is predictive of cognitive decline in the elderly. *Sleep*, 35(9), 1201-1207. <https://doi.org/10.5665/sleep.2070>
- Keles, R. (2012). The quality of life and the environment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 35, 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.02.059>
- Klimova, B., & Kuca, K. (2015). Alzheimer's disease: Potential preventive, non-invasive, intervention strategies in lowering the risk of cognitive decline—A review study. *Journal of Applied Biomedicine*, 13(4), 257-261. <https://doi.org/10.1016/j.jab.2015.07.004>
- Klimova, B., Valis, M., & Kuca, K. (2017). Cognitive decline in nor-

- mal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical interventions in Aging*, 12, 903. <https://doi.org/10.2147/CIA.S132963>
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2015). *Fundamentals of human neuropsychology* (7th Ed.) New York: Worth Publishers
- Kreutzer, J. S., DeLuca, J., & Caplan, B. (2018). *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (2nd ed.). Switzerland: Springer.
- Li, J., Vitiello, M. V., & Gooneratne, N. S. (2018). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.09.001>
- Lipnicki, D. M., Sachdev, P. S., Crawford, J., Reppermund, S., Kochan, N. A., Trollor, J. N., Draper, B., Slavin, M. J., Kang, K., Lux, O., Mather, K. A., & Brodaty, H. (2013). Risk factors for late-life cognitive decline and variation with age and sex in the Sydney Memory and Ageing Study. *PLoS One*, 8(6), e65841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065841>
- Marques, E. M. B. G., Serdio Sánchez, C., & Palacios Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 75-84. <https://doi.org/10.12707/RIII1314>
- Mattis, J., & Sehgal, A. (2016). Circadian rhythms, sleep, and disorders of aging. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 27(4), 192-203. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2016.02.003>
- McCarrey, A. C., An, Y., Kitner-Triolo, M. H., Ferrucci, L., & Resnick, S. M. (2016). Sex differences in cognitive trajectories in clinically normal older adults. *Psychology and Aging*, 31(2), 166. <https://doi.org/10.1037/pag0000070>
- McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>
- Pais Ribeiro, J., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o Estudo de Adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 37-45.
- Paiva, T. (2012). *Bom sono, boa vida*. Oficina do Livro

- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono - Manual prático*. Lidel.
- Paulo, A. C., Sampaio, A., Santos, N. C., Costa, Pp. S., Cunha, P., Zihl, J., Cerqueira, J., Palha, J. A., & Sousa, N. (2011). Patterns of cognitive performance in healthy Ageing in northern Portugal: A cross-sectional analysis. *PLoS One*, 6(9), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024553>
- Perkins, J. M., Lee, H. Y., James, K. S., Oh, J., Krishna, A., Heo, J., Lee, J. K., & Subramanian, S. V. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*, 16(1), 1032. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3682-9>
- Platsidou, M. (2013). Life satisfaction in adults: The effect of religiosity, worry and perceived physical health state. In M. Platsidou, D. Moraitou (Eds), *A positive psychology perspective on quality of life* (Vol.51, pp. 87-106). Springer Science & Business Media.
- Ramos, V., Carraça, E. V., Paiva, T., & Baptista, F. (2019). Sedentary Time, Physical Activity, Fitness, and Physical Function in Older Adults: What Best Predicts Sleep Quality?. *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(4), 538-544. <https://doi.org/10.1123/japa.2018-0035>
- Ryan, J., Woods, R. L., Britt, C., Murray, A. M., Shah, R. C., Reid, C. M., Kirpach, B., Wolfe, R. S., Nelson, M. R., Lockery, J. E., Orchard, S. G., Trevaks, R. E., McNeil, J. J., Storey, E. & on behalf of the ASPREE Investigator Group (2019). Normative performance of healthy older individuals on the Modified Mini-Mental State (3MS) examination according to ethno-racial group, gender, age, and education level. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(4), 779-797. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1488996>
- Shucksmith, M., Cameron, S., Merridew, T., & Pichler, F. (2009). Urban-Rural Differences in Quality of Life across the European Union. *Regional Studies*, 43(10), 1275-1289, <https://doi.org/10.1080/00343400802378750>
- Sirgy, M., J. (2012). Further distinctions among major subjective QOL concepts. In M. J. Sirgy, *The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction and eudaimonia* (2th ed.). New

- York: Springer Science & Business Media.
- Ska, B., Fonseca, R. P., Scherer, L. C., Oliveira, C. R., Parente, M. d., & Joannete, Y. (2009). Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: Déficits ou estratégias adaptativas?. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 14, 13-24.
- Smagula, S. F., Stone, K. L., Fabio, A., & Cauley, J. A. (2016). Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. *Sleep Medicine Reviews*, 25, 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.003>
- Small, B. J., Dixon, R. A., & McArdle, J. J. (2011). Tracking cognition-health changes from 55 to 95 years of age. *The Journals of Gerontology*, 66B(1), 153-161. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq093>
- Starr, K. N. P., McDonald, S. R., & Bales, C. W. (2014). Obesity and physical frailty in older adults: a scoping review of lifestyle intervention trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(4), 240-250. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.008>
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), S54-S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2011). Basic cognitive functions: information processing, attention, and memory. In *Adult development and aging: biopsychosocial perspectives* (4th ed., pp. 124-143). New Jersey: John Wiley & Sons.
- WHOQOL - World Health Organization Quality Of Life Group. (1995). *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization*. Geneva: Department of mental health.

- WHOQOL - World Health Organization Quality Of Life Group. (1998). *The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties*. Geneva: Department of mental health.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization
- World Health Organization. (2012). *World health organization quality of life user manual*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.
- Zakharov, V. V., Savushkina, I. Y., Mkhitarian, E. A., Koberskaya, N. N., Lokshina, A. B., Grishina, D. A., Posokhov, C. I., Tarapovskaya, A. V., & Yakhno, N. N. (2018). Age-related dynamics of cognitive functions in persons aged 50–85 years. *Advances in Gerontology, 8(1)*, 41–46. <https://doi.org/10.1134/S2079057018010137>
- Zibetti, M. R., Gindri, G., Pawlowski, J., Salles, J. F. D., Patente, M. A. M. P., Bandeira, D. R., Fachel, J. M. G., & Fonseca, R. P. (2010). Estudo comparativo de funções neuropsicológicas entre grupos etários de 21 a 90 anos. *Neuropsicologia Latinoamericana, 2(1)*, 55-67.

O presente estudo pretende caracterizar e compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida numa perspetiva biopsicossocial, mais especificamente, o estudo da qualidade de vida no processo de envelhecimento, tendo em conta a análise das diferentes dimensões da qualidade de vida, das funções neuropsicológicas, da saúde mental, da caracterização do estilo de vida (consumo de tabaco e álcool, prática de exercício físico, alimentação e stress) e dos hábitos de sono.

This study characterizes the factors that influence quality of life from a biopsychosocial perspective, more specifically, the study of quality of life in the aging process. We examine different dimensions of quality of life including neuropsychological functions, mental health, lifestyle characterization (tobacco and alcohol consumption, physical exercise, diet, and stress), and sleep habits.



Este trabalho foi financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto «UIDB/04/053/2020».