



IMPACTO DA SATISFAÇÃO COM A VIDA NO FUNCIONAMENTO COGNITIVO EM IDOSOS

DIANA MENDES SIMÕES

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em

Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, 2012

Agradecimentos:

É neste momento que se aproxima o concretizar de um sonho que já se prolonga há cerca de cinco anos. Para além de mim, outras pessoas foram responsáveis pela sua concretização.

Quero desde já agradecer aos meus pais porque sem eles não estaria aqui. Foram eles que sempre me incentivaram, que me deram coragem, motivação, que me fizeram lutar sempre pelos meus objetivos e sem eles não seria o que sou hoje.

À Professora Doutora Helena Espírito Santo pela imensa disponibilidade, paciência, ajuda, carinho e persistência pois sem ela esta investigação não era possível.

Ao Miguel Nogueira pela paciência, pela ajuda, cooperação e disponibilidade.

À Joana Matreno pela disponibilidade, ajuda e pela colaboração.

Aos meus avós porque sempre acreditaram em mim e sempre me ajudaram na vida.

À minha colega Marlene Costa, pela paciência, disponibilidade, carinho e porque foi um grande apoio no culminar desta etapa.

A todos os meus amigos e família (inclusive colegas de curso e não poderia deixar de referir as minhas “Meninas do Futebol” porque foram elas que estiveram sempre ao meu lado.

Ao meu amigo e companheiro de infância Kevin Costa pela paciência, amizade e carinho ao disponibilizar-se para desenhar a capa da minha tese.

À minha alegria de viver, a minha afilhada Beatriz Luzeiro, pelo carinho, amor e pela presença tão importante na minha vida.

Por último mas não menos importante, aos idosos que estão sob resposta social no Concelho de Coimbra porque sem a sua participação esta investigação não teria sido possível. Um muito obrigado pela colaboração!

Um muito obrigado a todos!!

Resumo

Introdução: A investigação tem mostrado que uma baixa satisfação com a vida se correlaciona com défice cognitivo. Em Portugal, existem poucos estudos neste domínio, por isso queremos alargar um estudo prévio sobre o impacto da satisfação com a vida a outras variáveis cognitivas medidas por diferentes instrumentos neuropsicológicos.

Objetivos: A nossa investigação tem como objetivos determinar o grau de satisfação com a vida, a intensidade dos sintomas ansiosos e depressivos e o nível de funcionamento cognitivo; determinar a prevalência dos sintomas depressivos, ansiosos, insatisfeitos e com défice cognitivo; determinar se a satisfação com a vida, os sintomas ansiosos e depressivos se distinguem pelos subgrupos com e sem défice; estudar a relação entre a satisfação com a vida e as funções cognitivas e por fim estudar a relação entre satisfação com a vida, sintomas depressivos, ansiosos e sentimentos de solidão.

Metodologia: A nossa amostra é constituída por 539 idosos, 127 do sexo masculino e 412 do sexo feminino, dividida em dois grupos: grupo com défice cognitivo (n = 380) e grupo sem défice cognitivo (n = 159) e avaliada através de: *Escala de satisfação com a vida*; *Mini-Exame do Estado Mental*; *Inventário Geriátrico de Ansiedade*; *Escala Geriátrica da Depressão* e o questionário de solidão.

Resultados: Não existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida pelos grupos com défice e sem défice cognitivo. Obtivemos uma média baixa na satisfação com a vida e no funcionamento cognitivo e médias altas nos sintomas ansiosos, depressivos e sentimentos de solidão. Quanto há prevalência, verificámos que 48,7% dos idosos apresentavam uma baixa/moderada satisfação com a vida, 76,2% apresentavam sintomas ansiosos, 69,8% sintomas depressivos e 68,2% sentimentos de solidão.

Conclusão: Ao contrário do que é apontado na revisão da literatura, o nosso principal objetivo não foi comprovado. Ainda assim conseguimos estabelecer associações entre as variáveis centrais (satisfação com a vida e défice cognitivo), as variáveis sociodemográficas, a sintomatologia ansiosa/depressiva e os sentimentos de solidão.

Palavras-chave: Envelhecimento, satisfação com a vida, défice cognitivo, sintomas ansiosos, sintomas depressivos e sentimentos de solidão.

INTRODUÇÃO

Sendo o envelhecimento um fenómeno natural, universal e inevitável, este acarreta um conjunto de mudanças a nível fisiológico, biológico, social, anatómico e psicológico (Bentosela e Mustaca, 2005; Lima, 2010; Oliveira, 2010). Em Portugal, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2009), o crescimento da população idosa surge como consequência do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de natalidade. Com o envelhecimento, os idosos começam a perceber que a sua saúde vai diminuindo e sofrendo alterações (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Tooth et al., 2008). Para que o envelhecimento seja bem-sucedido, é fundamental que os idosos se sintam satisfeitos com a sua vida (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Joia, Ruiz e Donalizio, 2007). É relevante, desde já, tornar clara a definição de *satisfação com a vida*, sendo esta caracterizada como uma avaliação subjetiva e global que o indivíduo faz das suas circunstâncias num determinado momento, encarando-as como negativas ou positivas (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll, e Decker, 2009; Joia et al., 2007). A *satisfação com a vida* é um indicador global da qualidade de vida e de boa saúde mental, sendo muitas vezes considerada um sinónimo de bem-estar subjetivo, qualidade de vida e felicidade. A *qualidade de vida* é relativa à perceção que o indivíduo possui acerca da sua posição na vida e resulta da satisfação ou insatisfação nos seus domínios de vida mais relevantes (Ferrans e Powers, 1985). A *qualidade de vida* é um construto diferente do de satisfação com a vida, contudo envolve na sua avaliação a satisfação com a vida (Joia et al., 2007). Independentemente dos conceitos de que é sinónimo, a satisfação com a vida é um dos principais indicadores de bem-estar, onde a felicidade surge como a grande motivação para que o indivíduo se encontre satisfeito (Diener, 1984; Daig et al., 2009). Dependendo da forma como o idoso encara este processo, a satisfação com a vida pode diminuir (Westaway, Olorunju, e Rai, 2007).

No envelhecimento, um dos fatores associados à melhor qualidade de vida baseia-se na manutenção das habilidades cognitivas e funcionais. No entanto, este processo tende a desencadear alterações funcionais, entre elas, o declínio das capacidades físicas e cognitivas. Este declínio incide principalmente nas tarefas que

exigem atenção, concentração, rapidez e raciocínio indutivo. As alterações provocadas por este declínio vão de certa forma interferir na realização das atividades quotidianas (Caixeta e Ferreira, 2009; Caramelli e Barbosa, 2002; Murphy e O’Leary, 2009). No percurso patológico, nem sempre o declínio cognitivo é global, podendo ocorrer alterações somente em funções cognitivas individuais ou agrupadas, tais como na atenção, na memória, na linguagem e na aptidão perceptivo-espacial (Almeida, 1998; Ávila e Bottino, 2006; Murphy e O’Leary, 2009; Nunes, 2008; Radanovic et al., 2009). A progressão do declínio para a demência é atestada por vários autores (Almeida, 1998; Caramelli e Barbosa, 2002; Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshina, e Nitrini, 2005), mas esse risco parece estar associado a vários fatores, como baixa escolaridade, idade avançada (Cummings e Colle, 2002; Gao, Hendrie, Hall, e Hui, 1998; Machado et al., 2007; Magalhães et al., 2008), sexo feminino (Almeida, 1998; Gao et al., 1998; Machado et al., 2007), historial familiar de demência (Cummings e Colle, 2002), historial de depressão (Geerlings et al., 2000) e doenças vasculares (Skoog, Kalaria, e Breteler).

Pela revisão da literatura, apurou-se que uma baixa satisfação com a vida se correlaciona com a existência de défice cognitivo (Catarino, 2011; John e Montgomery, 2010; Pena, 2011; Scharg, 2006; Schrag, Hovris, Morley, Quinn, e Jahanshahi, 2006; Silveira e Ebrahim, 1995). No entanto, um estudo realizado por Pena (2011) com idosos concluiu que não existiam diferenças significativas na satisfação com a vida entre um grupo com defeito cognitivo e um grupo sem defeito cognitivo, mas isto pode ter-se devido ao facto de a população ser muito envelhecida. Ora, há estudos que mostram que há uma tendência para a satisfação com a vida declinar a partir dos 85 anos (Baird et al., 2010; Gwozdz e Sousa-Pouza, 2009).

A satisfação com a vida é descrita como um conceito multidimensional e multidireccional, que se altera e varia perante várias condições (Lang e equipa, 2007). As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil) têm sido estudadas em associação com a satisfação com a vida (Baird, Lucas e Donellan, 2010; Daig et al., 2009; Hernandez et al., 2009; John e Montgomery, 2009; Melendez et al., 2009; Mhaoláin et al., 2012; Shapiro e Keyes, 2008). Relativamente à idade, os dados

não parecem consensuais, visto que segundo alguns autores parece não existir qualquer relação entre esta variável e a satisfação com a vida (Baird et al., 2010; Schilling, 2006). Contudo, outros autores referem essa associação, explicando que com o aumento da idade verifica-se uma menor satisfação com a vida, principalmente nos indivíduos que possuem mais de 70 anos (Ang e Jiaqing, 2011; Baird et al., 2010; Melendez et al., 2009). De acordo com Gwozdz e Sousa-Poza (2009), o declínio da satisfação com a vida em idades avançadas ocorre devido ao estado de saúde e não à idade em si. Para este autor a satisfação com a vida permanece constante ao longo da vida exceto para os indivíduos com mais de 85 anos. Quanto ao sexo, as mulheres apresentam uma menor satisfação com a vida quando comparadas com homens da mesma idade, nomeadamente devido ao fato de experienciarem mais sintomas ansiosos, uma vez que a presença destes sintomas afeta negativamente a sua satisfação com a vida (Daig et al., 2009). No que diz respeito ao estado-civil, diversos estudos referem que as pessoas casadas sentem mais satisfeitas com a vida do que as pessoas que não estabelecem laços matrimoniais (Daig et al., 2009; Shapiro e Keyes, 2008; Oswald, Jopp, Rott, e Walh, 2010). Segundo Meléndez e seus colaboradores (2009), a baixa escolaridade estava associada a níveis de satisfação mais baixos.

Em 2000, Henrich e Herschbach verificaram que o impacto das variáveis sociodemográficas na satisfação com a vida era relativamente mais baixo comparativamente ao impacto das variáveis psicológicas (ansiedade e depressão). A depressão é considerada uma das causas mais frequentes do sofrimento emocional no idoso (Ávila e Bottino, 2006), em que níveis baixos de sintomatologia depressiva estão associados a níveis elevados de satisfação com a vida (John e Montgomery, 2010). Alguns estudos verificaram que os idosos com uma pontuação maior em escalas de depressão apresentam pontuações mais baixas na satisfação com a vida (Daig et al., 2009; Okura et al., 2011; Silveira e Ebrahim, 1995; Catarino, 2011). Atualmente a depressão é também encarada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do declínio cognitivo (Chartery-Goulart et al., 2007; Pena, 2011), e pode conduzir a uma pior qualidade de vida (Ávila e Bottino, 2006). Diversos estudos analisam a associação entre sintomas depressivos e um funcionamento cognitivo pobre

e concluem que os défices cognitivos mais acentuados correspondem aos idosos gravemente deprimidos. Estes idosos apresentavam uma perda acentuada de várias competências cognitivas (Ávila e Bottino, 2006; Crocco e Loewenstein, 2010; Gotlib e Joormann, 2010). Segundo Snowden (2002) e Mendes-Chiloff (2006) esta associação entre os sintomas depressivos e o défice cognitivo é comum em idosos institucionalizados, devido à perda de autonomia nas atividades básicas da vida diária do idoso. No entanto na literatura também encontramos estudos que revelam não existir associação entre o défice cognitivo e os sintomas depressivos (Ganguli et al., 2006; Gotlib e Joormann, 2010).

A ansiedade tem impacto na satisfação com a vida, tal como mostraram John e Montgomery (2010) e Scharg (2006), que verificaram que uma baixa satisfação com a vida se encontra relacionada com a sintomatologia ansiosa. Vários estudos têm verificado que a média da ansiedade nos idosos é alta e que os idosos que apresentavam maior sintomatologia ansiosa eram os que estavam menos satisfeitos com a vida (Catarino, 2011; Gaspar, 2011; Okura et al., 2011; Oliveira, Santos e Néri, 2006). No entanto, outro estudo verificou que a satisfação com a vida não apresentava qualquer relação significativa com os sintomas ansiosos (Seiça, 2011).

Também a variável solidão parece estar associada à satisfação com a vida. A satisfação com a vida encontra-se negativamente relacionada com a solidão, sendo esta considerada um fenómeno complexo, de significado amplo e subjetivo (Melo e Neto, 2003; Neto, 2000). As diversas dificuldades associadas aos idosos, tais como dificuldades de visão e de mobilidade, levam a que estes experienciem sentimentos de solidão, os quais conduzem a uma menor satisfação com a vida (Grow, Alpass, Stephens, e Towers, 2010; Westaway, Olorunju, e Rai, 2007). Investigações de caráter empírico provaram que os indivíduos que estão mais satisfeitos com a sua vida são os mais adaptados e os que apresentam uma menor probabilidade de vir a sofrer patologias (Melo e Neto, 2003).

Nos últimos anos, o interesse científico e social pela população idosa tem vindo a aumentar sobretudo pela percentagem considerável que esta população tem alcançado e que ainda irá alcançar. Como em Portugal existem poucos estudos nesta área, a

presente investigação tem como objetivo verificar qual o impacto da satisfação com a vida no funcionamento cognitivo dos idosos que estão sob resposta social no concelho de Coimbra. Nesse sentido, será importante averiguar precisamente quais as condições que interferem no bem-estar dos idosos e quais os determinantes da satisfação com a vida nesta faixa etária. Os nossos objetivos prévios são os seguintes: (1) determinar o grau de satisfação com a vida, a intensidade dos sintomas ansiosos e depressivos, o nível do funcionamento cognitivo, e determinar a prevalência dos idosos com sintomas depressivos, ansiosos, insatisfeitos e com défice cognitivo; (b) depois quisemos verificar se estes aspetos se distinguem pelos subgrupos de idosos com e sem défice cognitivo; (3) estudar a relação entre a satisfação com a vida e as funções cognitivas, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão vs. escolaridade), e das variáveis emocionais (ansiedade, depressão, solidão) e (4) estudar a relação da satisfação com a vida com os sintomas depressivos e ansiosos e caso se revele indicado, controlar o efeito do declínio.

METODOLOGIA

Âmbito geral do estudo

A presente Dissertação de Mestrado insere-se no Projeto de investigação intitulado de “*Trajétórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Fatores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*”. O seu objetivo consiste na realização de um rastreio cognitivo e numa avaliação de todos os idosos sob resposta social no concelho de Coimbra. Este projeto encontra-se em realização no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), em parceria com o Centro de Estudos da População Economia e Sociedade, e pretende atingir alguns objetivos, entre eles, ter conhecimento da proporção de idosos que estão saudáveis, dos idosos que sofrem de demência, do número de idosos que sofre de défice cognitivo, o desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação precoce cognitiva, a caracterização multidimensional dos idosos (ao nível da saúde física, saúde mental, funcionamento cognitivo, emocional, comportamental, atividades da vida diária e recursos sociais) e o estudo da evolução de várias funções cognitivas, dos aspetos emocionais, comportamentais e da qualidade de vida. Esta equipa de investigação é constituída por vários docentes do Instituto Superior Miguel Torga,

sendo a Professora Doutora Helena Espírito Santo a coordenadora executiva deste projeto. Os alunos do ISMT têm tido um papel importante na recolha dos dados, que ainda continua em curso desde Novembro de 2010.

Participantes

A população alvo do nosso estudo é formada por idosos residentes em Lares e em Centro de Dia na região de Coimbra (Tabela 1). A amostra é constituída por 632 idosos. Exluímos 93 idosos por não lhes ter sido aplicado o MMSE (dois idosos por problemas sensoriais, 12 idosos devido a problemas comportamentais ou cognitivos, seis idosos por recusa verbal e 73 idosos porque ou saíram da instituição, ou faleceram ou pioraram em termos de saúde). A nossa amostra final ficou constituída por 539 idosos, 127 (23,6%) do sexo masculino e 412 (76,4%) do sexo feminino. Os idosos tinham uma idade média de 80,03 anos (DP = 7,38), sendo a idade mínima de 60 anos e a idade máxima de 100 anos. Contudo 16 idosos não souberam dar informações relativas à sua idade. No que diz respeito ao estado civil analisámos que a maioria dos idosos é viúvo ($n = 327$; 60,8 %), contudo 102 idosos são ainda casados (19 %). Analisando o grau de escolaridade verificámos que a maioria dos idosos relata possuir o ensino básico primário ($n = 213$; 39,5 %), seguido pelos idosos que relatam não saber ler nem escrever ($n = 172$; 31,9 %).

A amostra foi subdividida em dois grupos constituídos por idosos com défice cognitivo ($n = 380$) e idosos sem défice cognitivo ($n = 159$). Verificámos que não parece haver associação quer entre o sexo e o défice cognitivo quer entre o estado civil e o défice cognitivo. Contudo existe uma associação entre a escolaridade e o défice cognitivo. Relativamente à Idade, verificámos que não há diferenças de idade entre os dois grupos definidos pelo MMSE.

Tabela 1. *Caracterização Sociodemográfica da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.*

	Total (N = 539)				Sem Défice Cognitivo (n = 159)				Com Défice Cognitivo (n = 380)				t/X ²	P
	N	%	M	DP	N	%	M	DP	N	%	M	DP		
Idade			80,03	7,38			80,14	7,48			79,98	7,35	0,21	0,83
Sexo													1,52	0,218
Masculino	127	23,6			43	8,0			84	15,6				

Feminino	412	76,4	116	21,5	296	54,9	
Estado civil							8,45 0,076
Solteiro(a)	72	13,4	18	3,3	54	10	
Casado(a)	102	19	36	6,7	66	12,3	
Divorciado	34	6,3	16	3	18	3,3	
Viúvo(a)	327	60,8	88	16,4	239	44,4	
União de Facto	3	6	1	0,2	2	0,4	
Escolaridade							37,24 0,000
NSNE	172	31,9	31	5,8	141	26,2	
SLESE	87	16,1	44	8,2	43	8	
EBP	213	39,5	58	10,8	155	28,8	
EP	41	7,6	14	2,6	27	5	
EBS	11	2	3	0,6	8	1,5	
EM	3	6	2	0,4	1	0,2	
ES	12	2,2	7	1,3	5	0,9	

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância; *t* = Teste *T* de Student; χ^2 = Teste Qui-Quadrado; *NSLNE* = não sabe ler nem escrever; *SLESE* = sabe ler e escrever sem possuir escolaridade; *EBP* = ensino básico primário; *EP* = ensino preparatório; *EBS* = ensino básico secundário; *EM* = ensino médio; *ES* = ensino superior

Na Tabela 2 podemos observar que a maioria dos idosos vive na instituição ($n = 111$; 29,4%) seguido de um número significativo de idosos que vivem sozinhos ($n = 106$; 28%). Relativamente às visitas podemos analisar que os idosos tendem a receber um maior número de visitas por parte dos seus filhos. No entanto, 78 idosos relatam não receber visitas.

A distribuição dos idosos pelas categorias das variáveis sociodemográficas não era uniforme pelo que as recodificámos em duas categorias para proceder a algumas análises. Nesse sentido, as variáveis idade, estado civil, escolaridade, com quem vive e visitas foram recodificadas (Tabela 3).

Note-se que dos 539 idosos avaliados pelo MMSE, 16 não souberam dar informação relativa à sua idade, 164 não conseguiram relatar com quem viviam e 165 não conseguiram responder quem os visitava.

Tabela 2. *Caracterização Sociorrelacional da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.*

	Total	
	N	%
Com quem vive		
Cônjuge	48	12,7
Filho	35	9,3

Filha	50	13,2
Irmã	16	4,2
Outros	9	2,4
Amigos/Vizinhos	3	0,8
Sozinho	106	28,0
Instituição	111	29,4
Quem visita		
Cônjuge	8	2,2
Filho (s)	164	44,6
Irmão (a)	32	8,7
Outros	61	16,6
Amigos/Vizinhos	25	6,8
Ninguém	78	21,2

Verificámos que nenhuma variável sociodemográfica/sociorrelacional se relaciona com o défice cognitivo (Tabela 3).

Tabela 3. *Caracterização Sociodemográfica Recodificada em duas Categorias pelos Grupos Sem Défice Cognitivo (n = 159) e Com Défice Cognitivo (n = 380)*

	Total		Sem Défice Cognitivo		Com Défice Cognitivo		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Idade							0,14	0,710
Novos Velhos	254	48,6	69	13,2	182	35,4		
Velhos Velhos	269	51,4	77	14,7	192	36,7		
Estado civil							1,66	0,198
Sem companheiro	432	80,1	122	22,6	310	57,5		
Com companheiro	107	19,9	37	6,9	70	13		
Escolaridade							0,07	0,791
s/escolaridade	259	48,1	75	13,9	184	34,1		
c/escolaridade	280	51,9	84	15,6	196	36,4		
Com quem vive							0,55	0,459
Acompanhado	159	42,4	49	13,1	110	29,3		
Ninguém	216	57,6	59	15,7	157	41,9		
Visitas							1,82	0,177
Visitado	290	77,5	75	20,1	215	57,5		
Não visitado	84	22,5	28	7,5	56	15		

Procedimentos

As instituições que fornecem resposta social à população idosa foram contactadas através de uma carta que continha a descrição do projeto. Posteriormente, após este contacto e com o estabelecimento de um protocolo de parceria, iniciou-se a recolha de dados efetuada por estudantes do 2º ciclo de Psicologia. Depois de ter

fornecido o seu consentimento informado, cada idoso foi avaliado com uma bateria de testes constituída pelos seguintes instrumentos: *Mini Mental State Examination/ Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE)*; *o Geriatric Anxiety Inventory/ Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI)*; *a Geriatric Depression Scale/ Escala Geriátrica da Depressão (GDS)*, *a Satisfaction with Life Scale/ Escala de satisfação com a Vida (SWLS)* e *o Positive and Negative Affect Schedule/ Lista de Afetos Positivos e Negativos (PANAS)*; *Montreal Cognitive Assessment/ Avaliação Cognitiva de Montreal (MOCA)*, *a Rey Complex Figure/ Figura Complexa de Rey*, 3 testes de Fluência Verbal, Teste do Stroop, Rey 15-item; Teste do troco e do dinheiro; *FAB – Bateria de Avaliação Frontal*; *QSTI – Questionário sobre o sono na terceira idade* e *o QGCS – Questionário geriátrico da convivência/solidão*.

Instrumentos

A Escala de Satisfação com a vida (*Satisfaction With Life Scale — SWLS*, Diener, Emmons, Larsen, e Griffin, 1985; Versão Portuguesa: Simões, 1992) permite avaliar o julgamento que as pessoas fazem em relação à forma como se sentem satisfeitas com a sua vida, não utilizando critérios impostos pelo exterior (sociedade ou investigadores) (Seco, Pereira, Casimiro, e Custódio, 2005). Validada em Portugal, pela primeira vez por Neto e outros (1990) apresentou um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,78 e vários índices de validade, nomeadamente correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino, aceitação/rejeição pessoal, autoeficácia, autoconceito total, maturidade psicológica e ansiedade social. Em 1992, a SWLS foi aplicada novamente por Simões, onde sofreu alterações na tradução, para que o conteúdo fosse mais compreensível por todos e também no seu tamanho. Na versão original, o questionário tinha sete alternativas de resposta, mas com a adaptação de Simões (1992), esta escala passou a ter cinco alternativas de resposta: *discordo muito* (1), *discordo um pouco* (2), *não concordo, nem discordo* (3), *concordo um pouco* (4) e *concordo muito* (5). Simões (1992) na sua validação do instrumento, obteve uma boa consistência interna (Coeficiente alfa de Cronbach de 0,77) e uma boa validade convergente. O resultado do questionário varia entre um mínimo de cinco e um máximo de 25 pontos, correspondendo uma maior pontuação a maior a satisfação com a vida (Simões, 1992).

Apesar das mudanças de alternativas de resposta para cinco itens, a SWLS apresenta resultados semelhantes aos de Neto e outros (1990). Contudo, como as medidas apresentadas por Simões (1992) mostram de forma mais direta o bem-estar subjetivo, os índices de satisfação são mais elevados. A SWLS além de ser um instrumento de fácil aplicação e utilização e adequado para diferentes faixas etárias, possui também boas qualidades psicométricas incluindo uma boa consistência interna ($\alpha = 0,89$) e fidedignidade temporal (Diener et al., 1975; Laranjeira, 2009; Simões, 1992). No nosso estudo estabelecemos um ponto de corte para distinguirmos os idosos insatisfeitos dos idosos satisfeitos.

O Mini-Exame do Estado Mental (*Mini Mental State Examination* — MMSE; Folstein, Folstein, e McHugh, 1975) é um instrumento simples, usado e estudado em todo o mundo, que permite avaliar o estado cognitivo de pacientes geriátricos e fazer um rastreio de quadros demenciais, funcionando como indicador de déficit cognitivo (Gonçalves, 2010; Guerrero-Berroa et al., 2009; Strauss, Sherman, e Spreen, 2006). O MMSE é constituído por um conjunto de 11 questões que permitem a avaliação das seguintes funções: a orientação quer temporal, quer espacial (subdividida em 10 questões); a retenção (que consiste na repetição de palavras); a atenção e o cálculo (o sujeito tem de realizar sucessivas subtrações a um número facultado pelo clínico); a evocação/memória (é pedido ao sujeito que repita três palavras apreendidas na tarefa de retenção); a linguagem (constituída por sete tarefas: nomear objetos, repetir uma frase, realizar instruções, uma lida pelo sujeito e outra pelo clínico/investigador e por fim a habilidade construtiva (o sujeito tem de copiar um desenho) (Folstein et al., 1975). Este instrumento foi validado e adaptado à população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), sendo aplicado só a indivíduos com mais de 40 anos. De acordo com os pontos de corte estabelecidos para a população portuguesa, uma pontuação inferior ou igual a 15 representa déficit cognitivo nos analfabetos; pontuação inferior ou igual a 22 traduz déficit cognitivo nos sujeitos com que tenham entre um a 11 anos de escolaridade e por fim pontuação inferior ou igual a 27 indica déficit cognitivo nos sujeitos que possuam mais de 12 anos de escolaridade. Variáveis como a idade e a escolaridade são influenciadas pela pontuação do MMSE, sendo as pontuações menores

para os grupos de maior idade e com menor nível de escolaridade (Crum, Anthony, Bassett, e Folstein, 1992; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, e Martins, 2009). Por sua vez, a variável género tem pouco impacto nesses resultados (Morgado et al., 2009; Strauss et al., 2006). O MMSE apresenta elevada fidedignidade teste-reteste após um período de quatro semanas ($r = 0,99$) e uma boa concordância inter-avaliadores ($K = 0,86$) (Constâncio, 2008). Num estudo de Morgado, Rocha, Guerreiro e Martins (2009), a pontuação média da amostra total foi de 28,05 (DP = 1,93) apresentando o teste um valor moderado de consistência interna (α de Cronbach = 0,46).

A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale - GDS; Yeasage et al., 1983) é um instrumento de auto-resposta, construída para avaliar a sintomatologia depressiva, exclusivamente em idosos. Existem três versões desta escala: de 15 itens (Sheikh e Yesavage, 1986), de cinco itens (Hoyl et al., 1999) e a de 30 itens usada neste estudo. Esta última é constituída por itens com perguntas fechadas dicotómicas (sim/não), cotadas de zero a um pontos. A pontuação total oscila entre zero e 30 pontos (Simões et al., 2010; Tavares, 2007). Relativamente à cotação, ao responder afirmativamente aos itens 2,4,6,8,10,14,16,18,20,22,26 e 28 e de forma negativa os itens 1,5,7,9,15,19,21,27,29 e 30 são atribuídas a pontuação de um ponto a cada item. Todas as questões são relativas à forma como o idoso tem vivido nesta última semana (Baldwin e Wild, 2004; Barroso, 2006). Quanto à interpretação das pontuações obtidas, uma pontuação entre zero e 10 indica ausência de depressão; uma pontuação entre 11 e 20 indica depressão ligeira e uma pontuação entre 21 e 30 indica depressão grave, ou seja, quanto maior a pontuação, maior será a depressão (Barroso, 2006; Simões et al., 2010). Esta escala foi adaptada em Portugal, tendo sido validada por Pocinho e colaboradores (2009). As suas características psicométricas revelam-se satisfatórias apresentando uma consistência interna de $\alpha = 0,91$ e uma fidedignidade de $k = 0,91$ (Barroso, 2006). O GDS é um instrumento que pode ser auto-administrado, de fácil aplicação e compreensão, a sua variação nas possibilidades de respostas é pequena e é de curta duração (Teixeira, 2010).

O Inventário Geriátrico de Ansiedade (Geriatric Anxiety Inventory - GAI; Pachana et al., 2007) permite avaliar a ansiedade geriátrica na população idosa. Este

instrumento é constituído por 20 itens, tendo como opções de resposta “*concordo*” ou “*discordo*” relativas à última semana. A cotação máxima corresponde a 20 pontos e a mínima a zero, e em cada resposta com “*concordo*” atribui-se um ponto (Pachana et al., 2007). É um instrumento que permite uma avaliação rápida e eficaz, podendo ser utilizado tanto na população com problemas de saúde mental como na população sem problemas. O seu baixo custo e rapidez na obtenção dos resultados contribui para um maior investimento dos profissionais de saúde mental neste instrumento (Martiny, Silva, Nardi, e Pachana, 2011). O GAI foi validado e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino em 2011. Quanto às propriedades psicométricas, o GAI apresenta um coeficiente alfa de Cronbach de 0,91 para a população normal em idade avançada, uma boa validade concorrente e uma excelente fidedignidade teste-reteste, o que indica que este instrumento tem uma boa estabilidade temporal. Os autores do instrumento determinam os valores de 10/11 como ponto de corte para indicar a presença de ansiedade generalizada. Contudo apresenta também uma boa validade convergente (Martiny et al., 2011; Pachana et al., 2007).

A **Escala de Solidão** (Russel, Replau e Ferguson, 1978; Versão Portuguesa: Pocinho e Farate 2005) tem como principal objetivo avaliar os sentimentos subjetivos de solidão. É uma escala formada originalmente por 20 itens, com quatro alternativas de resposta que variam entre *Nunca* (1), *Raramente* (2), *Algumas Vezes* (3) e *Frequentemente* (4) (Russel, Replau, e Ferguson, 1978). A versão portuguesa está validada para idosos. Todas as afirmações elaboradas apresentam uma conotação negativa, relativamente às quais os indivíduos relatam com que frequência apresentam sentimentos de solidão. **PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS?**

A **Figura Complexa de Rey-Osterrieth** (FCR-O) (André Rey, 1942) tem como objetivo avaliar estratégias de resolução de problemas, planeamento, habilidades organizacionais mas também funções motoras, perceção e memória (Waber e Holmes, 1986; Meyers e Meyers, 1995). Para a aplicação deste instrumento é necessário três folhas A4 de papel em branco, quatro canetas de cores diferentes que são fornecidas uma a uma, trocando-se em pontuações aproximadamente iguais (i.e., depois de completar cerca de um quarto, dois quartos, três quartos e quatro quartos) na construção

da figura e um cronómetro para medir o tempo. Os psicometristas não apontam tempos concisos para trocar de canetas. Esta troca de canetas permite compreender qual a estratégia de construção usada pelo sujeito. No início informa-se o sujeito sobre as instruções da prova afirmando o seguinte: “Gostaria que copiasse este desenho para uma folha de papel o melhor que conseguisse” registando o tempo que demora a fazê-lo. Os sujeitos não devem apagar nem alterar a orientação da folha, contudo se o fizerem o avaliador deve imediatamente recoloca-la na posição vertical. Posteriormente é feito um intervalo de três minutos em que se fala informalmente com o idoso, passado esse tempo, e sem aviso, pede-se para reproduzir a imagem de memória. Num terceiro momento, faz-se um intervalo de 20 minutos durante o qual se introduz outra tarefa solicitando-se passado esse tempo que reproduza novamente de memória (Spreen e Straus, 1998). Relativamente à cotação, foram usados os critérios de Tailer indicados por Spreen e Straus (1998, p. 350), isto é, são atribuídos dois pontos quando um elemento é corretamente reproduzido; um ponto quando a reprodução está distorcida, incompleta mas colocada corretamente ou completa mas colocada incorretamente e uma pontuação de meio ponto quando um elemento está distorcido ou incompleto e colocado incorretamente. É ainda atribuída uma pontuação de zero pontos quando a figura está irreconhecível ou ausente. A FCR-O é constituída por 18 elementos pelo que a pontuação máxima obtida é de 36 pontos. A cotação foi efetuada por dois a quatro avaliadores, usando estes critérios estritos.

Critérios de definição de défice

Para se estratificar pontuações de medidas neuropsicológicas usualmente recorre-se a pontuações abaixo de um desvio-padrão (e.g., Palmer, Wang, Backman, Winblad, e Fratiglioni, 2002). Para o MMSE foram definidos quatro pontos de corte para grupos iguais tendo as pontuações ficado distribuídas pelos percentis 25,50 e 75 e acima de 75. Contudo, a nossa amostra ficou dividida em dois grupos: grupo com défice cognitivo (percentil 75) e grupo sem défice cognitivo (acima do percentil 75) uma vez que ao analisarmos as frequências deste instrumento verificámos a ausência de idosos no percentil 25 e 50.

Análise estatística

Para a análise estatística foi utilizado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0 para Windows Seven SPSS Inc., 2011. Na caracterização da amostra foi efetuada a estatística descritiva, com o cálculo das médias e desvios-padrão. No presente estudo as variáveis de critério foram a satisfação com a vida medida pelo SWLS e a presença ou ausência de défice cognitivo medido pelo MMSE.

Procedemos ao cálculo da normalidade da distribuição da amostra, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Ao longo do nosso estudo foram realizados testes paramétricos tendo em conta que a nossa amostra apresenta uma dimensão superior a 30 indivíduos, apesar de nenhuma das pontuações totais apresentar uma distribuição normal (SWLS: Curtose = -0,80; Simetria = -0,19; KS = 0,093; $p = 0,000$; GAI: Curtose = -0,83; Simetria = -0,61; KS = 0,125; $p = 0,000$; GDS: Curtose = -0,23; Simetria = -0,62; KS = 0,079; $p = 0,003$; UCLA: Curtose = -0,75; Simetria = -0,06; KS = 0,060; $p = 0,060$; MMSE: Curtose = -0,52; Simetria = -0,21; KS = 0,090; $p = 0,000$). Através do qui-quadrado da aderência averiguámos se a prevalência dos tipos de satisfação com a vida, dos sintomas ansiosos, depressivos e de presença/ausência de solidão eram diferentes. Recorremos ao teste t de Student para amostras independentes para comparar dois grupos de idosos (grupo sem défice e com défice) através das pontuações médias da satisfação com a vida, dos sintomas ansiosos, depressivos e sentimentos de solidão e para testar a influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis de critério.

Por meio do qui-quadrado da independência pretendemos comparar os grupos (sem défice e com défice) relativamente à prevalência dos tipos de satisfação, dos sintomas ansiosos, depressivos e dos sentimentos de solidão.

Usámos o r de Pearson para avaliar a intensidade das relações das variáveis em estudo e recorremos ainda, ao cálculo das correlações parciais, controlando o efeito do funcionamento cognitivo. Neste estudo considerámos a tipologia de Pestana e Gageiro (2008) para analisar as correlações: de 0,20 a 0,39 considera-se uma correlação baixa, de 0,40 a 0,69 considera-se uma correlação moderada e entre 0,70 e 0,89 uma correlação alta. Efetuámos, também, a análise das correlações parciais, removendo o efeito de variáveis sociodemográficas. Calculámos o valor de q , transformando os

valores de r em valores z , seguindo a tipologia de Cohen (1988), para a determinação do efeito das variáveis sociodemográficas nas correlações eventuais. Para o estudo psicométrico da Figura Complexa de Rey (FCR) recorreremos à confiabilidade/concordância inter-juízes. De forma independente, três juízes avaliaram a FCR. Dado que a medida era contínua, a confiabilidade foi estabelecida através das correlações de Pearson.

Resultados Prévios

Verificámos que os instrumentos que usámos no nosso estudo possuíam as características psicométricas adequadas à sua aplicação. O SWLS apresentou uma consistência interna medida pelo alfa de Cronbach de 0,78. A análise da confiabilidade do GDS revelou um alfa de Cronbach de 0,85 e o GAI apresentou 0,92. Quanto à UCLA o alfa de Cronbach foi de 0,93. O MMSE mostrou um grau de concordância elevado ($r = 0,74$) com o MOCA, mas também com outras provas que medem algumas das suas funções cognitivas (FCR cópia: $r = 0,50$; FCR memória 3 min.: $r = 0,41$; FCR memória de 20 min.: $r = 0,35$; fluências fonémicas: $r = 0,33$; Teste de Stroop: $r = 0,29$), atestando a sua validade de construto. Finalmente a Figura de Rey apresenta excelentes valores de confiabilidade entre os três juízes. As correlações entre o primeiro e o segundo juiz foram de 0,98, e entre o primeiro e o terceiro juiz foram de 0,96. Por fim entre o segundo e o terceiro juiz foram de 0,97.

RESULTADOS

Na Tabela 4 podemos analisar as médias e os desvios-padrão das pontuações dos instrumentos utilizados na nossa amostra e as diferenças entre as pontuações médias dos dois grupos de idosos. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das medidas.

Tabela 4. Diferenças das Pontuações Médias na Amostra com Défice ($n = 380$) e na Amostra sem Défice ($n = 159$) no total do Mini Mental State Examination (MMSE), na Satisfaction With Life Scale (SWLS), na Geriatric Anxiety Inventory (GAI), na Geriatric Depression Scale (GDS) e na UCLA.

	Total			Sem Défice Cognitivo			Com Défice Cognitivo			t/U	P
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP		
SWLS	526	16,33	5,31	157	16,69	5,31	366	16,17	5,33	1,04	0,299

GAI	534	12,52	6,02	158	12,28	5,61	374	12,64	6,19	0,65	0,516
GDS	530	14,61	6,27	158	13,72	5,84	370	14,99	6,43	-2,13	0,34
UCLA	223	37,48	10,47	71	38,35	1,34	146	37,16	10,17	0,84	0,400

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância; *t* = Test t de Student usado na comparação de 2 grupos.

Na Tabela 5 seguinte, apresentamos as prevalências dos tipos de satisfação, das sintomatologias, e da presença/ausência de solidão. Para o cálculo destas prevalências usámos pontos de corte diferenciados segundo o instrumento. Assim, para o SWLS, primeiro fizemos pontos de corte baseados na média mais/menos um desvio-padrão, depois agrupámos os quatro grupos em duas categorias (satisfação baixa/moderada e alta/muito alta) para, dessa forma, termos número suficiente de sujeitos por categoria. O GAI, o GDS e a UCLA foram recodificadas em duas categorias a partir dos pontos de corte referenciados pelos autores das versões portuguesas (Ribeiro et al., 2011; Pocinho, 2007; Pocinho et al., 2009).

Tenha-se em atenção que dos 539 sujeitos que foram avaliados com o MMSE, 13 não responderam ao SWLS (não avaliados = 7; recusa verbal = 4; problema cognitivo/sensorial = 2); cinco não responderam ao GAI (não avaliados = 3; problema cognitivo/sensorial = 2); nove não responderam ao GDS (não avaliados = 8; problema cognitivo/sensorial = 1) e na UCLA 316 não foram avaliados por razões diversas, maioritariamente porque a equipa não avaliou ainda todos os idosos ($n = 272$), porque alguns idosos saíram das suas instituições ($n = 24$), alguns porque pioraram de saúde ($n = 5$) e outros porque faleceram ($n = 15$).

Na Tabela 5, podemos observar que a maioria dos idosos apresenta uma satisfação alta/muito alta com a vida (51,3%), sintomas ansiosos (76,2%), sintomas depressivos (69,8%) e sentimentos de solidão (68,2%). Verificámos que não existe associação entre a satisfação com a vida e o défice cognitivo, contudo existe associação entre o défice cognitivo, os sintomas ansiosos, os sintomas depressivos e os sentimentos de solidão.

Tabela 5. *Prevalência dos Tipos de Satisfação com a Vida, dos Sintomas Depressivos, Ansiosos e de Presença/Ausência de Solidão Consoante a Existência de Déficit Cognitivo.*

		Total		Sem déficit cognitivo		Com déficit cognitivo		χ^2
		N	%	n	%	n	%	
SWLS	Baixa/Moderada	256	48,7	77	14,7	178	34	0,01 [†]
	Alta/Muito Alta	270	51,3	80	15,3	188	35,9	
	χ^{2+}	0,32		0,06		0,27		
GAI	Poucos/Nenhuns	127	23,8	35	6,6	91	17,1	0,29 [†]
	Com sintomas	407	76,2	123	23,1	283	53,2	
	χ^{2+}	147,37***		49,01***		98,57***		
GDS	Sem sintomas	160	30,2	53	10	107	20,3	1,12 [†]
	Com sintomas	370	69,8	105	19,9	263	49,8	
	χ^{2+}	81,94***		17,11***		65,77***		
UCLA	Não solitário	71	31,8	20	9,2	48	22,1	0,49 [†]
	Solitário	152	68,2	51	23,5	98	45,2	
	χ^{2+}	75,94***		13,54***		17,12***		

*** $p < 0,001$.

[†] Qui-Quadrado da Independência.

⁺ Qui-Quadrado da Aderência.

Na Tabela 6 exibimos as diferenças das pontuações médias entre o SWLS, GAI, GDS e UCL e MMSE em função das variáveis sociodemográficas onde concluímos que existem correlações significativas em todos os aspetos emocionais (SWLS, GAI, GDS e UCLA). Ao analisar a nossa amostra em função do sexo verificámos que este não se distingue no funcionamento cognitivo medido pelo MMSE. Ao examinarmos a escolaridade, não se registaram diferenças estatisticamente significativamente na SWLS. Contudo, observaram-se diferenças na sintomatologia ansiosa, depressiva e no funcionamento cognitivo medidos pelo GAI, GDS e MMSE respetivamente. Quanto à variável idade, averiguámos que os novos velhos (≤ 80 anos) apresentam melhores resultados ao nível do funcionamento cognitivo e que os idosos sem escolaridade apresentam pior funcionamento cognitivo.

Tabela 6. *Diferenças das Pontuações Médias no Satisfaction with Life Scale (SWLS), na Geriatric Anxiety Inventory (GAI), no Geriatric Depression Scale (GDS), Escala da Solidão (UCLA), Mini Mental State Examination (MMSE) em Função das Variáveis Sociodemográficas.*

	SWLS		GAI		GDS		UCLA		MMSE	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo										
Masculino	17,41	5,21	10,96	5,94	13,24	5,78	34,38	10,97	21,30	6,29
Feminino	15,99	5,32	13,02	5,97	15,03	6,38	38,50	10,26	20,33	6,03
Teste <i>t</i>	2,62**		3,38***		2,79**		2,42*		1,56	

Escolaridade										
s/Escolaridade	16	5,32	13,24	5,58	15,58	6,08	37,63	10,02	17,93	5,36
c/Escolaridade	16,63	5,32	11,88	6,34	13,74	6,35	37,54	11,07	22,99	5,73
Teste <i>t</i>	1,34		2,61**		3,38***		0,06		10,57***	
Idade										
≤ 80 anos	16,17	5,52	12,54	6,07	14,36	6,56	37,50	10,02	21,58	5,78
≥ 81 anos	16,53	5,17	12,48	6,02	14,71	6,04	37,28	10,94	20,09	5,91
Teste <i>t</i>	0,76		0,10		0,64		0,16		2,92**	
Estado civil										
s/Companheiro	16,11	5,27	12,70	5,94	14,85	6,08	38,74	10,16	20,46	5,90
c/Companheiro	17,16	5,44	11,87	6,32	13,63	6,98	31,38	10,51	20,97	6,84
Teste <i>t</i>	1,81		1,28		1,79		3,86***		0,78	

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

Na Tabela 7, podemos observar as correlações de r de Pearson entre a satisfação com a vida, a sintomatologia ansiosa (GAI) e depressiva (GDS) e a presença/ausência de sentimentos de solidão. Verificámos que existem correlações baixas e negativas entre a satisfação com a vida, os sintomas ansiosos e os sentimentos de solidão; correlações moderadas e negativas entre a satisfação com a vida e os sintomas depressivos. De seguida podemos analisar também que existe uma correlação alta entre os sintomas ansiosos e os sintomas depressivos e uma correlação muito baixa entre os sintomas ansiosos e os sentimentos de solidão. Por fim verificámos que os sintomas depressivos estabelecem uma correlação baixa com os sentimentos de solidão.

Tabela 7. Correlações de Pearson Entre Satisfaction with Life Scale (*SWLS*), na Geriatric Anxiety Inventory (*GAI*), no Geriatric Depression Scale (*GDS*), e University of Califórnia at los Angeles

	SWLS	GAI	GDS	UCLA
SWLS	—	-0,31**	-0,52**	-0,27**
GAI		—	0,74**	0,15*
GDS			—	0,29**
UCLA				—

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na Tabela 8 expomos as correlações de r de Pearson entre a satisfação com a vida, o funcionamento cognitivo, a Figura complexa de Rey-Osterrieth, as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade) e as variáveis sociorrelacionais (Com quem vive e visitas). Podemos observar que a satisfação com a vida apenas se correlaciona com o sexo, correlação muito baixa e negativa ($r = -0,11$). De seguida iremos analisar as correlações entre as mesmas variáveis mas com o objetivo de controlar o efeito do funcionamento cognitivo.

Tabela 8. *Correlações de Pearson Entre a Satisfaction with Life Scale (SWLS), mini-Mental State Exam (MMSE), Figura Complexa de Rey-Osterrieth Cópia e Memória (FCR-O), as Variáveis Sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Escolaridade) e Variáveis Sociorrelacionais (Com quem Vive e Visitado/Não-Visitado).*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. SWLS	—	0,02	0,06	0,06	-0,03	0,03	0,05	-0,03	0,01	0,00	-0,11**	0,08	0,06	-0,04	-0,07
2. MMSE Orientação		—	0,52**	0,56**	0,48**	0,86**	0,42**	0,31**	0,31**	-0,20**	-0,05	0,02	0,28**	0,00	0,07
3. MMSE Memória			—	0,36**	0,32**	0,66**	0,28**	0,27**	0,27*	-0,14**	0,00	-0,03	0,12**	0,01	0,05
4. MMSE Atenção				—	0,49**	0,80**	0,31**	0,21*	0,22	-0,06	-0,05	0,01	0,41**	-0,09	0,02
5. MMSE Linguagem					—	0,71**	0,40**	0,32**	0,29**	-0,12**	-0,05	0,06	0,37**	-0,01	-0,01
6. MMSE total						—	0,49**	0,40**	0,35**	-0,17**	-0,07	0,03	0,42**	-0,03	0,06
7. FCR-O Cópia							—	0,67**	0,70**	-0,16**	-0,11	0,05	0,38**	0,08	-0,01
8. FCR-O 3 min								—	0,88**	-0,09	-0,11	0,01	0,20*	0,13	0,07
9. FCR-O 20 min									—	-0,08	0,01	-0,11	0,30**	0,20	0,17
10. Idade										—	0,06	-0,16**	-0,19**	0,11*	-0,04
11. Sexo											—	-0,27**	-0,05	0,08	0,02
12. Estado civil												—	0,08	-0,29**	-0,05
13. Escolaridade													—	-0,06	0,00
14. Com quem vive														—	-0,11
15. Visitas															—

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Pela Tabela 9, verificámos que os valores das correlações pouco se alteram, segundo o z de Fisher. Uma vez que as pontuações do questionário da satisfação com a vida não se correlacionam com nenhuma das medidas cognitivas não efetuámos o cálculo das regressões.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Após a recolha dos dados e do tratamento estatístico iremos proceder à discussão dos mesmos. Nesse sentido, será feita uma discussão face a cada um dos objetivos, tendo em conta os estudos apresentados na revisão da literatura. O principal objetivo

deste estudo consistia em analisar o impacto que a satisfação com a vida teria no funcionamento cognitivo, prevendo que a satisfação com a vida diminua o risco de sofrer défice.

Estudo 1. Determinar o grau de satisfação com a vida, a intensidade dos sintomas ansiosos e depressivos e o nível do funcionamento cognitivo e determinar a prevalência dos sintomas depressivos, ansiosos, insatisfeitos e com défice cognitivo.

Relativamente à **satisfação com a vida**, avaliada através do SWLS, encontramos uma média de 16,33 ($DP = 5,31$) que é inferior à referida por Diener e colaboradores (1985; $M = 23,0$; $DP = 6,43$) e superior ao estudo de Simões (1992) cuja média é de 14,95 ($DP =$ não indicado) em sujeitos de “meia-idade” (sic). Dadas as circunstâncias em que estes idosos se encontram, esperaríamos que a satisfação com a vida fosse menor, pois o envelhecimento pode ser uma realidade de difícil aceitação pela noção da perda da saúde, pelas outras perdas como a perda da autonomia, a perda do poder económico e, nos casos dos idosos que estão sob resposta social, pela perda do poder de decisão sobre os aspetos do dia-a-dia. Vários autores apontam, de facto, para a diminuição da satisfação com a vida com todas estas adversidades (Albuquerque et al., 2004; Efklides, 2003; Jacob, 2008; Oliveira, Gomes, e Oliveira, 2006; Paúl, Fonseca, Martin, e Amado, 2003, 2005; Tooth, et al., 2008; Westaway, Olorunju, e Rai, 2007). Adicionalmente, o facto de a nossa amostra possuir uma idade muito avançada, a maioria ser viúvo(a) e apresentar uma baixa escolaridade poderia contribuir para uma baixa satisfação com a vida. No entanto, o estudo que nos está a servir de comparação para estas reflexões tem o problema de não fornecer as características sociodemográficas dos sujeitos de “meia-idade” indicados pelo Simões (1992), ou seja, não podemos afirmar com base nas médias se os nossos idosos estão muito ou pouco satisfeitos. De facto, quando analisamos a prevalência de idosos com satisfação com a vida baixa/moderada e alta/muito alta verificamos que não existem diferenças significativas.

Em relação aos **sintomas ansiosos**, obtivemos uma média de 12,52 ($DP = 6,02$) e uma prevalência de 76,2% idosos com sintomas ansiosos. Esta média é superior à referida num estudo americano de Byrne, Dissanayaka, Pachana, Mellick, O'Sullivan e

outros (2010) ($M = 5,03$; $DP = 6,06$). Um estudo de Ribeiro e colaboradores (2011) verificou diferenças significativas nas médias dos idosos da comunidade com stresse psicológico ($M = 4,1$; $DP = 5,4$) quando comparado com um grupo da comunidade sem stresse psicológico ($M = 16,3$; $DP = 4,9$). Ao analisar estes aspetos verificámos que os nossos resultados se encontram entre os resultados referenciados neste estudo, o que nos leva a crer que os nossos idosos também podem evidenciar algum tipo de stresse, mas não tão elevado. Dado que esta etapa de vida traz várias mudanças à vida do idoso, entre elas o aparecimento de alguns receios (morte, solidão, abandono) poderá desencadear nos idosos respostas ansiosas (Haggstram, 2003; Terra, Silva, e Schimidt, 2007).

No que diz respeito aos **sintomas depressivos**, medidos através do GDS, encontrámos uma média de 14,61 ($DP = 6,27$), superior à obtida numa investigação em Portugal ($M = 9,6$; $DP =$ não indicado) (Pocinho et al., 2009). No entanto, deve ter-se em atenção que na investigação de Pocinho e colaboradores (2009) a versão do GDS só inclui 27 itens e os idosos foram selecionados entre a comunidade geral. Mondrego e Ferrández (2010) num estudo realizado em Espanha, sendo a amostra constituída por idosos institucionalizados a viverem em clínicas e em unidades especializadas obtiveram uma média de 12,2 ($DP = 5,5$). Quanto há prevalência dos sintomas depressivos descobrimos na nossa amostra uma frequência de 69,8%. Hoje em dia, a depressão é considerada uma das maiores causas de sofrimento emocional do idoso sendo a doença psiquiátrica mais comum nesta população (Ávila e Bottino, 2006). Ao entrar na velhice, os idosos têm a noção das mudanças que irão enfrentar, e como já referimos, perda da autonomia, perda da saúde, ausência de atividades que permitam participar na vida social e a ideia de que vão ser um “fardo” para a família. Nem todos os idosos aceitam essas mudanças e se adaptam a elas e é nessas circunstâncias que a depressão surge (Albuquerque et al., 2004; Ávila e Bottino, 2006; Blazer, Hughes, e George, 1987; Efklides, 2003; Fernandes, 2000; Silvestre, Kalache, Ramos, e Veras 1998). As taxas de depressão variam consoante o critérios (a definição deste conceito, o modo de avaliação e a amostra da população), talvez por isso, vários estudos apresentaram uma prevalência de depressão inferior à nossa: Beekman e colaboradores

(1999) estimaram uma prevalência de 12% a 15%; Mendes-Chiloff (2006) e Santana e Filho (2007), no Brasil, encontraram respetivamente 21,1%, 56,1% e Sutcliffe e colaboradores (2007), em Inglaterra, obtiveram uma prevalência de 38%. Fernandes (2000) no seu trabalho mencionou vários estudos que abordam a prevalência da depressão no idoso em Portugal: no norte de Portugal, Barreto (1984) encontrou uma prevalência de 25% de depressão, contudo foi no sul do país (Algarve) que Seabra e colaboradores (1991) observaram inesperadamente, uma prevalência de 75% de depressão, percentagem pouco superior à encontrada no nosso estudo. Os resultados obtidos podem dever-se à institucionalização, pois esta implica mudanças no dia-a-dia, perda da autonomia, adaptação a novas rotinas de instituição, partilha de espaço com outros idosos e a perda da privacidade (Cravello, Palmer, Girolamo, Caltagirone, e Spallett, 2010). Barroso (2006) na sua pesquisa, tal como nós, verificou, de facto, que os níveis de depressão eram mais elevados em idosos institucionalizados do que em idosos que habitavam nas suas residências.

No que diz respeito aos **sentimentos de solidão**, avaliados pela UCLA, obtivemos uma média de 37,48 ($DP = 10,47$), inferior à obtida no estudo de Neto e Barros (2001) ($M = 42,9$; $DP = 10,3$), mas superior à de Fernandes (2007) ($M = 30,37$; $DP = 8,07$). A razão para tal aconteça poderá dever-se ao facto de muitos dos nossos idosos serem viúvos e estarem institucionalizados (Havens, Hall, Sylvestre e Jivan, 2004; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, e Pitkala, 2005; Smith, 2007). Ao permanecer nestas condições, os idosos tendem a sentir-se mais insatisfeitos e sós pois adquirem consciência da monotonia da sua vida (Gierveld e Havens, 2004; Fonseca, 2005) e nem a convivência com os funcionários e restantes utentes será suficiente para os fazer sentir melhor. Ao analisar a prevalência dos idosos em relação aos sentimentos de solidão, confirmámos uma diferença bastante significativa entre os que evidenciam sentimentos de solidão (68,2%) e os que não evidenciam (31,8%).

Estudo 2. Determinar se a satisfação com a vida, os sintomas ansiosos e depressivos se se distinguem pelos subgrupos de idosos com e sem défice cognitivo.

Posteriormente quisemos verificar se a **satisfação com a vida** se distingue pelos subgrupos de idosos com e sem défice cognitivo e observámos que não existiam diferenças estatisticamente significativas. Contudo esperávamos que estes se relacionassem e que fossem os idosos com défice cognitivo a apresentar uma menor satisfação com a vida quando comparados com os idosos sem défice cognitivo, pois de acordo com os estudos apresentados na revisão da literatura, uma baixa satisfação com a vida relaciona-se com a existência de défice cognitivo (John e Montgomery, 2010; Scharg, 2006). O facto de não haver diferenças entre os dois grupos pode ser explicado pela diminuição de satisfação com a vida a partir dos 70 anos, pois é nessa altura que começam a surgir problemas de saúde, falta de apoio social ou até morte iminente (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010; Gwozdz e Sousa-Pouza, 2009; Pena, 2011). No entanto, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente à ansiedade, à depressão e aos sentimentos de solidão. Relativamente à **ansiedade**, podemos concluir que o grupo com défice cognitivo apresenta mais sintomas ansiosos (53,2%) quando comparado com o grupo sem défice cognitivo (23,1%). Tendo em conta que a institucionalização relaciona-se com o défice cognitivo, pois os idosos deixam de executar as suas atividades diárias, tal contribuirá para o aparecimento de sintomas ansiosos (Okura et al., 2011). Num estudo realizado por Gallagher e colaboradores (2010) verificou-se que esta sintomatologia era a mais observada em pacientes com défice cognitivo leve.

Quanto aos **sintomas depressivos**, o nosso estudo divulgou que tanto o grupo com défice cognitivo como o grupo sem défice apresentava sintomatologia depressiva, verificando-se uma maior percentagem no grupo com défice cognitivo (49,8%) quando comparado com o grupo sem défice (19,9%). Este resultado é comprovado por vários estudos que afirmam haver uma relação entre o défice cognitivo e os sintomas depressivos (Amieva et al., 2008; Bassuk, Berkman, e Wypij, 1998; Chodosh, Reuben, Albert e Seeman, 2007; Dotson, Resnick e Zonderman, 2008). De acordo com Snowdon (2002) e Mendes-Chiloff (2006) esta associação é mais frequente ocorrer em idosos institucionalizados uma vez que grande parte da sua autonomia desaparece. No entanto,

também encontramos estudos que nos indicam não existir qualquer associação (Ganguli, Du, Dodge, Ratcliff e Chang, 2006; Gotlib e Joormann, 2010).

Quanto aos **sentimentos de solidão**, constatámos que estes estão presentes nos dois grupos, contudo, verificámos uma maior percentagem de idosos no grupo com défice cognitivo (45,2%) quando comparado com o grupo sem défice cognitivo (23,5%). Com a chegada da reforma e a viuvez, a solidão torna-se numa das queixas mais frequentes nesta população, muitas vezes, como tentativa de resolver o problema, os familiares recorrem ao internamento dos idosos em instituições, porém nem com esse internamento se verifica uma redução do sentimento de solidão do idoso (Rossell, 2004). Apesar de a solidão ser um conceito vago, com inúmeros significados que dependem da forma como a pessoa encara as situações e avalia o seu estado de solidão, ela é influenciada por vários aspetos pessoais e sociais (Teixeira, 2010).

Estudo 3. Relação entre a satisfação com a vida e as funções cognitivas.

Posteriormente pretendemos controlar o efeito das **variáveis sociodemográficas** (idade, sexo, escolaridade e estado civil) implicadas na **satisfação com a vida** e verificámos que apenas o sexo se correlaciona com esta variável. No nosso estudo constatámos que são os homens ($M = 17,41$) que se encontram mais satisfeitos com vida quando comparados com as mulheres ($M = 15,99$). Geralmente os homens tendem a sentir-se mais satisfeitos com as atividades de lazer e com a sua saúde enquanto que as mulheres se sentem mais satisfeitas com os seus familiares (Daig et al., 2009; Melendez et al., 2009). No entanto seria de esperar que fossem os idosos mais velhos (Gwozdz e Souza-Pouza, 2009), viúvos (Mastekaasa, 1994; Shapiro e Keyes, 2008) e sem escolaridade (John & Montgomery, 2010; Joia et al., 2007) a evidenciar uma baixa satisfação com a vida. No estudo de Hernandez e colaboradores (2009) verificou-se que havia uma relação inversa entre a satisfação com a vida e o nível de escolaridade, ou seja, quanto maior escolaridade menos satisfação com a vida. Esta contradição pode ser explicada tendo em conta o papel da integração social, isto é, torna-se mais fácil a integração para os idosos com menos estudos do que para os idosos que possuem maior formação académica.

Ao controlar o efeito das **variáveis sociodemográficas** implicadas no **défice cognitivo** observámos um desempenho inferior dos idosos no MMSE que possuíam baixa escolaridade. Os estudos de Mendes-Chilloff (2006) e Snowdon (2002) vêm de encontro ao nosso estudo pois verificaram que o défice cognitivo e a idade são influenciados pela escolaridade ao observámos também que os idosos com idade inferior a 80 anos estavam entre os que tinham maior défice cognitivo. A escolaridade é encarada como um fator de proteção contra o défice cognitivo, contudo, também a idade parece ter influência no funcionamento cognitivo (Machado, Ribeiro, Leal e Cotta, 2007; Mendes-Chilloff, 2006).

Ao verificar o efeito que as **variáveis sociodemográficas** têm sobre os **sintomas depressivos** averiguámos que estes sofrem a influência da escolaridade. O estudo de Mendes-Chilloff (2006) confirma o nosso resultado ao revelar que os sintomas depressivos estavam relacionados com a escolaridade e que ambos estabeleciam uma relação de proporcionalidade inversa (maior sintomatologia, menor escolaridade e vice-versa). Em oposição, Santana e Filho (2007) mostraram que a escolaridade não exercia influência sobre os sintomas depressivos. Relativamente ao sexo verificámos que são as mulheres a possuir valores mais elevados de sintomas depressivos (Daig et al., 2009). Na sua investigação, Yaffe e a sua equipa (1999) analisaram que o sexo feminino que possuía uma idade mais avançada e menos escolarização era quem exibia um maior número de sintomas depressivos.

Quando estudámos o efeito das **variáveis sociodemográficas** sobre os **sintomas ansiosos** verificámos que a ansiedade tinha influência no sexo sendo que eram as mulheres que experienciavam mais sintomas ansiosos quando comparadas com os homens. O nosso estudo é comprovado pelo estudo de Daig e colaboradores (2009) que obteve os mesmos resultados. A escolaridade tem também influência nos sintomas ansiosos sendo os idosos sem escolaridade a evidenciar mais sintomas ansiosos. Os estudos feitos por Bjelland e colaboradores (2008) foram de encontro aos nossos resultados.

Relativamente ao efeito das **variáveis sociodemográficas** sobre os **sentimentos de solidão** constatámos que o sexo influencia a solidão, sendo as mulheres a evidenciar

mais sentimentos de solidão. Do ponto de vista do senso comum, são as mulheres, quando comparadas com os homens, que tendem a ser mais emotivas com tendência para apresentarem reações emocionais negativas (Santos, 2008). Contudo existem estudos que utilizam o mesmo instrumento (UCLA) e que não encontraram diferenças nos resultados consoante o sexo. Este facto pode ocorrer devido a esta escala não questionar diretamente os indivíduos avaliando assim desta forma a solidão indiretamente (Neto, 1992). O estado civil também está relacionado com a solidão sendo os idosos sem companheiro a demonstram mais sentimentos de solidão. O estudo de Neto (1992) confirma os nossos resultados pois afirma que são sem laços matrimoniais que sofrem mais de solidão quando comparadas com as pessoas que estabelecem laços matrimoniais.

Estudo 4. Relação entre satisfação com a vida, sintomas depressivos, ansiosos e sentimentos de solidão.

Ao analisarmos esta questão verificámos que a satisfação com a vida correlaciona-se significativa e negativamente com os sintomas ansiosos, sintomas depressivos e com os sentimentos de solidão. Isto permite-nos perceber que os idosos mais satisfeitos com a vida são aqueles que tendem a apresentar menos sintomas. São vários os estudos que comprovam que a depressão influencia a qualidade de vida dos idosos e previsivelmente a satisfação com a vida (John e Montgomery, 2010; Scharg, 2006; Scharg et al., 1995). Os nossos resultados vão de encontro a outros estudos que também verificaram que a sintomatologia ansiosa influencia a satisfação com a vida dos idosos (Catarino, 2011; Okura et al., 2011; Oliveira, Santos e Neri, 2006). Relativamente á solidão, também o estudo de Melo e Neto (2003) e de Neto (2000) obteve resultados idênticos aos nossos ao concluir que a solidão parece estar associada à satisfação com a vida encontrando-se negativamente relacionada com esta variável.

Uma vez que o nosso estudo é correlacional não é possível saber se é a depressão/ansiedade/solidão que provoca/acarreta a insatisfação com a vida e vice-versa. Contudo, um estudo longitudinal poderia esclarecer sobre a direcionalidade e a causalidade.

O nosso estudo deve ser lido com prudência pois dele fizeram parte algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto de a nossa amostra possuir poucos indivíduos do sexo masculino poderá ter condicionado os nossos resultados, desta forma, em futuras investigações seria pertinente analisar uma amostra mais homogênea em relação ao sexo. Outro aspeto que devemos ter em consideração prende-se com o facto de não sabermos qual o período de institucionalização dos idosos dado que essa informação parece ser bastante pertinente pois para muitos deles, o tempo de institucionalização influencia o modo como se apresentam. Outra das limitações refere-se ao facto de alguns dos instrumentos apresentarem um tipo de linguagem não tão perceptível pelos idosos (muitos idosos possuíam apenas o antiga 4ª classe) e daí a necessidade de reformular algumas das questões para que pudessem ser percebidas. No entanto, mesmo com a reformulação das questões verificou-se que continuavam a apresentar algumas dificuldades sendo necessário adaptar o discurso ao seu grau de escolaridade. Por fim uma outra limitação deve-se ao facto de o nosso estudo ser transversal o que não nos permite perceber de certa forma se existe uma relação causal entre a satisfação com a vida e o funcionamento cognitivo nem qual a direccionalidade. No sentido de dar continuidade a futuras investigações considero que também seria importante comparar os resultados entre idosos que estivessem em Centro de Dia/ Lares com os que estão nas suas habitações pois na realidade dos dias de hoje deparamo-nos com muitos idosos que vivem nas suas casas sozinhos. Outra investigação com alguma importância seria também compararmos os idosos que viviam em meio rural e em meio urbano relativamente á satisfação com a vida, sintomas ansiosos, sintomas depressivos, sentimentos de solidão e até à presença/ausência de défice com o objetivo de verificar se a localização teria algum impacto nestes aspetos. Dada a escassez de estudos com idosos em Portugal e visto que a nossa sociedade está cada vez mais envelhecida será importante desenvolver estratégias que consigam melhorar a sua qualidade de vida. De acordo com vários estudos os participação dos idosos em atividades sociais e de lazer acarreta alguns benefícios para esta população, nomeadamente uma melhor satisfação com a vida, menor prevalência de sintomas depressivos e ansiosos reduzindo assim o risco de desenvolver défice cognitivo (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund, &

Sonn, 2010; Meléndez, et al., 2009; Zaitune, Barros, César, Carandina, & Goldbaum, 2007). Também a prática do exercício físico tem mostrado resultados pertinentes, influenciando desta forma a satisfação com a vida. Ao praticar atividade física o idoso vai sentir-se mais satisfeito com a sua vida tornando-se mais activo. Os idosos que praticavam exercício físico eram os que se sentiam mais calmos, relaxados, o que fazia reduzir os seus sintomas ansiosos (Cecato et al., 2011; Cheik et al., 2003; Joia et al., 2007; Peluso & Andrade, 2005; Oliveira, Santos, Cruvinel, & Neri, 2006).

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A., e Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Almeida, O. (1998). Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 56(3-A), 412-418.
- Amieva, H., Le Goff, M., Milet, X., Orgogozo, J., Pérès, K., Barberger-Gateau, P., ... Dartigue, J. (2008). Prodromal alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *American Neurological Association*, 64, 492-498. Doi: 10.1002/ana.21509
- Ang, R., e Jiaqing, O. (2011). Association Between Caregiving, Meaning in Life, and Life Satisfaction Beyond 50 in an Asian Sample: Age as a Moderator. *Social Indicators Research*. Doi: 10.1007/s11205-011-9891-9
- Ávila, R., e Bottino, C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 316-20.
- Baird, B., Lucas, R., e Donnellan, M. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99, 183–203: Doi 10.1007/s11205-010-9584-9
- Baldwin, R., e Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Barroso, V. (2006). Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Acedido no dia 30 de Novembro de 2011, disponível em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0091&area=d5&subarea=

- Bassuk, S., Berkman, L., e Wypij, D. (1998). Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1073-1081.
- Beckman, A., Deeg, D., van Tilburg, T., Smit, J., Hooijer, C., e van Tilburg. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of affective disorders*, 36(1-2), 65-75.
- Bentosela, M., e Mustaca, A. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A., Tell, G., e Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? THE HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1334-1345. Doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019
- Blazer, D., Hughes, D., e George, L. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist*, 27, 281-287.
- Byrne, S., Dissanayaka, N., Pachana, N., Mellick, G., O’Sullivan, J., Silburn, P., e Marsh, R. (2010). Research: Validity and reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing*, 487(1), 1-4.
- Caixeta, G., e Ferreira, A. (2009). Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos. *Revista de Neurociências*, 17(13), 202-208.
- Caramelli, P., e Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 7-10.
- Cartheyry-Goulart, M., Areza-Fegyveres, R., Scultz, R., Okamoto, I., Caramelli, P., Bertolucci, P., e Nitrini, R. (2007). Versão Brasileira da Escala Cornell de Depressão em Demência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65 (3), 912-915.
- Catarino, M. (2011). *Sintomas psicopatológicos e afeto positivo nos idosos*. Dissertação apresentada com vista à obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapia. Escola de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., e Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (12), 79-82.

- Cheik, N., Reis, I., Heredia, R., Ventura, M., Tufik, S., Antunes, H., e Mello, M. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(3), 45-52.
- Chodosh, J., Reuben, D., Albert, M., e Seeman, T. (2002). Predicting cognitive impairment in high-functioning community-dwelling older persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1051–1060.
- Constâncio, J. (2008). *Contributo para a adaptação do Teste de Corsi à população idosa Portuguesa*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Cravello, L., Palmer, K., Girolamo, G., Caltagirone, C., e Spalletta, G. (2010). Neuropsychiatric symptoms and syndromes in institutionalized elderly people without dementia. *International Psychogeriatrics*, 23(3), 425-434.
- Crocco, E., e Loewenstein, D. (2010). How late life depression affects cognition: neural mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 12, 34-38.
- Crum, M., Anthony, C., Bassett, S., e Folstein, F. (1993). Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *The Journal of the American Medical Association*, 269(18), 2386-2391.
- Cummings, J., e Cole, G. (2002). Alzheimer disease. *Journal of American Medical Association*, 287, 2335-2338.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., e Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of Life Research*, 18, 669–678. doi: 10.1007/s11136-009-9481-3.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., e Griffin, S. (1985). The satisfaction with the life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dotson, V., Resnick, S., e Zonderman, A.(2008). Differential association of concurrent, baseline, and average depressive symptoms with cognitive decline in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4),318-330.

- Efklides, A. (2003). Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. *European Psychologist*, 8(3), 178–191.
- Eklund, M., Backstrom, M., Lissner, L., Bjorkelund, C., e Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middle-aged women. *Quality of Life Research*, 19, 1477–1486. Doi 10.1007/s11136-010-9711-8
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia do Idoso. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.
- Ferrans, C., e Powers, S. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advanced Nursing Science*, 8, 15-24.
- Folstein M., Folstein S., e McHugh, P. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.
- Fonseca, A.M. (2005). *O envelhecimento bem sucedido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Furstenberg, A. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55, 1-24.
- Gallagher, D., Coen, R., Kilroy, D., Belinski, K., Bruce, I., Coakley, ... e Lawlor, B. (2010). Anxiety and behavioural disturbance as markers of prodromal Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 1002-1011.
- Ganguli, M., Du, Y., Dodge H., Ratcliff, G., e Chang C. (2006). Depressive symptoms and cognitive decline in late life. *Archives of General Psychiatry*, 63, 153-160.
- Gao, S., Hendrie, H., Hall, K., e Hui, S. (1998). The Relationships Between Age, Sex, and the Incidence of Dementia and Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 55, 809-815.
- Gaspar, A. M. (2011). *Memória a curto-prazo, satisfação com a vida e afetividade em idosos em Lar e em Centro de Dia*. Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapias, Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

- Geerlings, M., Schoevers, R., Beekman, A., Jonker, C., Deeg, D., Schmand, B. e Tilburg, W. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176: 568-575.
- Gierveld, J. e Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal of Aging*, 23, 109-113.
- Gotlib, I., e Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312. Doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305.
- Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., e Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality Life Research*, 19, 1477-1486. Doi: 10.1007/s11136-010-9758-6.
- Guerreiro, M., Silva, P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., e Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1-9.
- Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M., Dahlman, K., Grossman, H. T...Beeri, M. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1429-1437.
- Gwozdz, W., e Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: Na Analysis for Germany. *IZA Discussion Paper*, 4053, 1-37.
- Haggstram, L. M. (2003). Ansiedade no idoso. Em N. L. Terra (Eds). *Entendendo as queixas do idoso* (pp. 181-195). Porto Alegre: Programa geron pucrs brasil.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., e Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23, 129-140.
- Henrich, G., e Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction - a short measure for assessing quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 159. Doi: 10.1027//1015-5759.16.3.150
- Hernández, C., Fernández, V., e Alonso, T. (2009). Satisfaction with life related to functionality in ative elderly people. *Atas Españolas de Psiquiatria*, 37(2), 61-67.

Hoyl, M., Alessi, C., Harker, J., Josephson, K., Pietruszka, F.M., Koelfgen, ... e Rubenstein, L.Z. (1999). Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(7), 873-878.

Instituto Nacional de Estatística (2009). Acedido em 26 de Novembro de 2011, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83385202&DESTAQUESmodo=2

Jacob, L. (2008). *Animação de idosos*. Lisboa: Ambar.

John, P., e Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.

Joia, L., Ruiz, T., e Donalisio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.

Lang, G., Löger, B. e Amann, A. (2007). Well-being in the nursing home - a methodological approach towards the quality of life. *Journal of Public Health*, 15, 109-120.

Laranjeira, C. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 220-226.

Lima, M. (2010). *Envelhecimento (s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lloyd-Sherlock, P. (2002). Aging, development and social protection: a research agenda. Texto apresentado em UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, Valência, Espanha.

Machado, J., Ribeiro, R., Leal, P., e Cotta, R. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconómicas dos idosos em Viçosa. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (4), 592-605.

Magalhães, M., Peixoto, J., Frank, M., Gomes, I., Rodrigues, B., Menezes, ... e Melo, A. (2008). Risk factors for dementia in a rural area of northeastern Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66(2), 157-162.

Martiny, C., Silva, A., Nardi, A., e Pachana, N. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(1), 8-12.

- Meléndez, J., Tomás, J., Oliver, A., e Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 291–295.
- Melo, L., e Neto, F. (2003). Aspetos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. III, 1, 107-121.
- Mendes-Chiloff, C. (2006). Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo de idosos internados num hospital de ensino. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Mondrego, P., e Ferrández, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of alzheimer type. *Archives of Neurology*, 61, 1290-1293.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., e Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Laboratório de Estudos de Linguagem, UNIC, IMM*, 9(2), 19-25.
- Murphy, M., e O’Leary, E. (2009). Depression, cognitive reserve and memory performance in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 665-671.
- Neto, F., Barros, A., e Barros, J. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 47-54.
- Neto, F. (1992). *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social (Vol.II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F., e Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudo interdisciplinar envelhecimento*, 3, 71-88.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel
- Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: LivPsic (4ª Ed.).
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., e Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em estudo*, 11(2), 351-359.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., e Wahl, W. (2010). Is Aging in Place a Resource for or Risk to Life Satisfaction? *The Gerontologist*, 10, 1093-1106. Doi: 10.1093/geront/gnq096

- Okura, T., Plassman, B., Steffens, D., Llewellyn, D., Potter, G., e Langa, K. (2011). Neuropsychiatric symptoms and the risk of institutionalization and death: the aging, demographics, and memory study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 473–481. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03314.x
- Pachana, A., Byrne, J., Koloski, N., Harley, E., e Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatric Association*, 19(1), 103–114.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., e Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European psychologist*, 8(3), 160-167.
- Peluso, M., e Andrade, H. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61-70.
- Pena, I. (2011). *Defeito cognitivo, sintomas de depressão e satisfação com a vida em idosos*. Dissertação apresentada com vista à obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapias. Escola de Altos Estudos - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., e Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders, *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223- 236.
- Radanovic, M., Diniz, B., Mirandez, R., Novaretti, T., Flacks, M., Yassuda, M., e Forlenza, O. (2009). Verbal fluency in the detection of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease among Brazilian Portuguese speakers: the influence of education. *International Psychogeriatric*, 21(6), 1081-1087. Doi: 10.1017/S1041610209990639.
- Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M., e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1-7. Doi:10.1080/13607863.2011.562177.
- Russell, D., Replau, L., e Ferguson, M. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Santana, A., e Filho, J. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 1(31), 134-146.

- Santos, A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Dissertação com vista à obtenção do grau de Licenciada em Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., e Pitkala, K. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the "paradox". *Social Indicators Research*, 75, 241-271. Doi: 10.1007/s11205-004-5297-2.
- Schrag, A. (2006). A quality of life and depression in parkinson's disease. *Journal Neurological Science*, 248(1-2), 151-157.
- Schrag, A., Hovris, A., Morley D., Quinn N., e Jahanshahi M. (2006) "Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability". *Parkinsonism and Related Disorders*, 12(1), 35-41.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., e Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, 4(1), 7-21.
- Seiça, M. I. A. (2011). *Relação entre a satisfação com a vida e sintomas ansiosos em idosos*. Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapias. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Shapiro, A., e Keyes, C. (2008). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Social Indicators Research*, 88, 329-346. doi: 10.1007/s11205-007-9194-3.
- Sheikh, J., e Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5 (1/2), 165-173.
- Silveira, E., e Ebrahim, S. (1995). Mental Health and Health Status of elderly Bengalis and Somalis in London. *Age and Ageing*, 24, 474-480.
- Silvestre, J., Kalache, A., Ramos, L., e Veras, R. (1998). Population ageing in Brazil and the health care sector. *Bold: Quarterly Journal of The International Institute of Ageing*, 7, 4-12.

- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, P. L., ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15- IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(18), 209-226.
- Skoog, I., Kalaria, R., e Breteler, M. (1999). Vascular factors and Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 13(3), 106-114.
- Smith, H. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services Journal*, 4, 277-286.
- Snowdon, J. (2002). Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 42-47.
- Strauss, E., Sherman, E., e Spreen, O. (2006). A Compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. NY. Oxford University Press.
- Sutcliffe, C., Burns, A., Challis, D., Mozley, C., Cordingley, L., Bagley, H., e Huxley, P. (2007). Depressive mood, cognitive impairment, and survival in older people admitted to care homes in England. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(8), 708-715.
- Tavares, L. (2007). Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas. Dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Terra, N. L., Silva, R., & Schimidt, O. F. (2007). *Tópicos em geriatria II*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, e Dobson, A. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden. *Quality of Life Research*, 17, 267-273.
- Westaway, M., Olorunju, S., e Rai, C. (2007). Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Quality of Life Research*, 16, 1425-1438.

Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V., e Browner, W. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in non demented elderly women: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 425–430.

Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., e Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Zaitune, M., Barros, M., César, C., Carandina, L., e Goldbaum, M. (2007). Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(6), 1329-1338.