

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Literacia sobre a demência e risco de demência:  
estudo exploratório sobre o impacto da literacia  
sobre o envelhecimento e demência no  
funcionamento cognitivo de adultos e adultos idosos  
da comunidade

Ana Filipa Rodrigues Albuquerque

VOLUME 1

**Dissertação no âmbito do Mestrado de Neuropsicologia Clínica: Avaliação e  
Intervenção orientada pela Professora Doutora Ana Rita Sousa Silva,  
apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra.**

Setembro de 2023

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra

Literacia sobre a demência e risco de demência:  
estudo exploratório sobre o impacto da literacia  
sobre o envelhecimento e demência no  
funcionamento cognitivo de adultos e adultos idosos  
da comunidade

Ana Filipa Rodrigues Albuquerque

Dissertação no âmbito do Mestrado de Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Intervenção, orientada  
pela Professora Doutora Ana Rita Sousa Silva, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências  
da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais pelo apoio incondicional. Por terem acreditado sempre nas minhas escolhas e por serem lugar de conforto todas as horas.

À minha avó, pelo legado de sabedoria que deixou. Será sempre a minha maior inspiração.

A todos os meus bons amigos que me acompanharam ao longo desta jornada. Esta é uma conquista nossa. Em especial aos meus melhores amigos, ao César, à Tânia, à Lígia, ao Alexandre e à Catarina. Mais do que um agradecimento pelo apoio prestado, é também pela amizade incondicional que temos construído. Que assim continue!

A todos os meus colegas de curso, em especial à Maria e à Cátia. Sinto-me muito agradecida por nos termos cruzado nesta caminhada.

À Professora Ana Rita Silva, pelo ensinamento do rigor científico e pela sua disponibilidade pessoal.

“Sozinhos, pouco podemos fazer; juntos podemos fazer muito”

Helen Keller

# **Literacia sobre a demência e risco de demência: estudo exploratório sobre o impacto da literacia sobre o envelhecimento e demência no funcionamento cognitivo de adultos e adultos idosos da comunidade**

## **Resumo**

**Introdução:** O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a destacar-se nas últimas décadas. Este é um fenómeno que acompanha o aumento significativo de doenças neuro-cognitivas, onde se insere a demência. Neste âmbito, coloca-se a problemática sobre o conhecimento efetivo que a população portuguesa tem sobre a Demência, e o modo como o funcionamento neuropsicológico e a personalidade contribuem para a compreensão mais aprofundada de perfis de funcionamento de indivíduos que apresentam menor literacia sobre a demência.

**Objetivos:** O presente estudo exploratório teve como objetivo investigar a potencial relação entre o conhecimento sobre a saúde do cérebro em adultos idosos com variáveis sociodemográficas, o funcionamento cognitivo global e a personalidade, explorando ainda em que medida a literacia em saúde do cérebro, em conjunto com estas variáveis, está associada ao risco de demência.

**Métodos:** Foi recrutada uma amostra na comunidade por conveniência com recrutamento presencial (N= 94). O protocolo de avaliação inclui instrumentos de rastreio cognitivo, de perfil neurocognitivo e de perfil socio-emocional. De forma a avaliar o conhecimento dos participantes em relação à demência, foi aplicado o Questionário sobre Envelhecimento e Demência (QED).

**Resultados:** No padrão do conhecimento sobre os fatores modificáveis para a demência, destacam-se diferenças significativas em função da idade e escolaridade. Evidenciam-se associações positivas entre o conhecimento sobre fatores de risco, a função cognitiva e medidas de reserva cognitiva. Relativamente ao risco de desenvolver demência, verifica-se que indivíduos com maior risco de desenvolver demência têm pior reserva cognitiva.

Relativamente ao papel da personalidade na literacia sobre a demência, destacam-se os traços extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade associados ao bom conhecimento sobre demência.

Relativamente ao perfil de literacia sobre a demência da amostra avaliada, de forma geral, verificou-se que um conhecimento mais forte quanto aos fatores de risco o

modificáveis não está associado ao conhecimento sobre a prevenção, podendo haver o desconhecimento por parte da população do presente estudo de como prevenir o risco de desenvolver demência. Esta é uma lacuna no conhecimento sobre a saúde do cérebro identificada pelo presente, que deverá promover uma reflexão sobre as estratégias de programas de intervenção para a promoção da saúde do cérebro.

**Conclusões:** Este estudo exploratório permitiu compreender que o funcionamento neuropsicológico, principalmente a reserva cognitiva, influenciam o nível de literacia sobre a demência, bem como alguns traços de personalidade, informação esta de extrema relevância para a personalização de programas de educação sobre o cérebro que se devem adequar a estas características protetoras e de risco.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Pessoas idosas, Literacia sobre a Demência; Variáveis Sociodemográficas, Cognição funcional e Personalidade; Risco Demência

# **"Dementia Literacy and Risk of Dementia: Exploratory Study on the Impact of Literacy on Aging and Dementia in the Cognitive Functioning of Community-Dwelling Adults and Older Adults"**

## **Abstract**

**Introduction:** The aging of the Portuguese population has been prominent in recent decades. This phenomenon is accompanied by a significant increase in neuro-cognitive diseases, including dementia. Within this context, there arises the issue of the actual knowledge that the Portuguese population possesses regarding dementia, and how neuropsychological functioning and personality contribute to a deeper understanding of profiles of individuals with lower literacy about dementia.

**Objectives:** This exploratory study aimed to investigate the potential relationship between knowledge about brain health in elderly adults with sociodemographic variables, overall cognitive functioning, and personality. Additionally, it explored to what extent health literacy about brain health, along with these variables, is associated with the risk of dementia.

**Methods:** A convenience community sample was recruited through in-person recruitment (N=94). The assessment protocol included cognitive screening instruments, neurocognitive profile measures, and socio-emotional profile measures. To assess participants' knowledge about dementia, the Aging and Dementia Questionnaire (ADQ) was administered.

**Results:** Regarding knowledge about modifiable factors for dementia, significant differences were observed based on age and education. Positive associations were found between knowledge about risk factors, cognitive function, and measures of cognitive reserve. Concerning the risk of developing dementia, individuals with a higher risk of developing dementia exhibited poorer cognitive reserve.

Regarding the role of personality in dementia literacy, extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness were associated with a better understanding of dementia.

Regarding the dementia literacy profile of the evaluated sample, it was generally observed that a stronger knowledge of modifiable risk factors is not associated with knowledge about prevention. This suggests a potential lack of awareness among the

population of this study about how to prevent the risk of developing dementia. This represents a knowledge gap about brain health identified by this study, which should prompt a reflection on intervention program strategies for promoting brain health.

**Conclusions:** This exploratory study helped understand that neuropsychological functioning, especially cognitive reserve, influences the level of dementia literacy, as do certain personality traits. This information is of utmost importance for personalizing brain education programs that should be tailored to these protective and risk-related characteristics.

**Keywords:** Aging, Elderly Adults; Dementia Literacy; Sociodemographic Variables, Cognitive Function, and Personality Traits; Risk of Dementia.

### **Lista de abreviaturas**

LH- Literacia em saúde

DCL- Declínio Cognitivo Ligeiro

QED- Escala de Conhecimento Sobre Demência



## Índice

Contextualização Conceptual .....	14
O envelhecimento humano .....	14
Demência .....	17
Fatores de Risco Modificáveis e não modificáveis para a demência .....	18
A Literacia em Saúde no envelhecimento .....	24
Os Traços de personalidade na relação com a Literacia em Saúde.....	27
A Literacia sobre a Saúde do Cérebro .....	29
A literacia sobre a Demência.....	30
Objetivos e formulação de hipóteses .....	34
Metodologia.....	35
Participantes.....	35
Instrumentos .....	35
Procedimentos .....	40
Análise dos dados .....	40
Resultados.....	41
Caracterização da amostra .....	41
Nível de conhecimento sobre a demência em função da idade, escolaridade, género e estado civil.....	44
Caracterizar o funcionamento neuropsicológico de pessoas com baixo risco de demência e com alto risco de demência .....	46
Relação entre o conhecimento sobre a demência e a função cognitiva global.....	48
Relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento neuropsicológico de funções específicas .....	49
Relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o risco de demência (LIBRA).....	49
Relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e os traços de personalidade .....	49
Discussão .....	51
Limitações e Potencialidades do Estudo .....	56
Conclusão .....	58
Referências Bibliográficas.....	60
ANEXOS .....	73

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1.** Critérios de inclusão e exclusão da amostra. (N=94).

**Tabela 2.** Características sociodemográficas da amostra.

**Tabela 3.** Características clínicas da amostra.

**Tabela 4.** Médias, desvios-padrão e teste estatístico para diferenças entre grupos (sexo, idade, escolaridade e estado civil).

**Tabela 5.** Teste t para amostras independentes entre grupos de risco no desempenho de testes neuropsicológicos.

**Tabela 6.** Matriz de correlações de Spearman entre o conhecimento sobre a demência e a função cognitiva global (N=94).

## **Lista de Anexos**

**Anexo A.** Teste Post-Hoc HSD de Tukey com a variável escolaridade.

**Anexo B.** Matriz de correlações de Spearman entre o conhecimento sobre a demência (n=94) e o funcionamento neuropsicológico específico.

**Anexo C.** Matriz de correlações de Spearman para a associação entre traços de personalidade e o conhecimento sobre a demência (n=94).

## Introdução

O presente estudo exploratório pretende investigar a potencial relação entre o conhecimento sobre a saúde do cérebro em adultos idosos com variáveis sociodemográficas, o funcionamento cognitivo global e a personalidade, percebendo ainda em que medida a literacia em saúde do cérebro, em conjunto com estas variáveis, está associada ao risco de demência.

O processo de envelhecer acarreta importantes alterações no sistema nervoso central, como alterações neuroanatômicas, alterações na neurotransmissão e alterações neurofisiológicas (Inouye, 2020). Apesar desta visão centenária do processo do envelhecimento, segundo o investigador Lezak (2012) é possível que algumas capacidades cognitivas continuem preservadas, podendo inclusivamente existir alterações positivas que propiciam ao envelhecimento bem-sucedido.

Atualmente o envelhecimento populacional suscita uma série de questões cruciais, nomeadamente na saúde. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2020), a população portuguesa está a envelhecer num ritmo galopante, acompanhado do aumento do número de casos diagnosticados por Demência anualmente. Neste contexto, a Demência urge como um desafio premente na área da investigação neurocognitiva, destacando-se como a patologia do envelhecimento mais frequente na população geriátrica (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

A literacia em saúde diz respeito a um conjunto de capacidades individuais, cognitivas e sociais (Nutbeam como citado por Fawns-Ritchie C, 2019), que permitem aos indivíduos compreender e procurar informações de diversas fontes relacionadas à sua saúde de forma controlada e autónoma, levando à adoção de comportamentos saudáveis e de prevenção a doenças (Verney et al., 2019). Segundo Wolf et al. (2005) a literacia em saúde é influenciada, de entre outros fatores, pelo funcionamento cognitivo e intelectual do indivíduo.

Neste sentido, torna-se crucial a análise do perfil dos indivíduos que apresentam menor literacia sobre a demência, de forma a delinear estratégias capazes de aumentar a literacia nestes indivíduos, contribuindo para a prevenção da demência.

A presente dissertação integra estruturalmente seis partes. Primeiramente, é apresentado o enquadramento conceptual, abordando a temático do envelhecimento e a sua relação com a Demência. De seguida, é feita uma descrição sobre a literacia em saúde segundo vários autores, e estabelece-se qual a sua relação com o funcionamento cognitivo

e intelectual do indivíduo. São apresentados alguns estudos já realizados sob esta temática, que a exploraram segundo o papel de várias variáveis que a podem influenciar. Ainda segundo a literacia em saúde, mais especificamente, é abordado o conceito de literacia sobre a saúde do cérebro e a sua importância para o conhecimento mais claro sobre o que é a Demência. Sobre este último tipo de literacia, são apresentados alguns estudos científicos que exploram o perfil da sua amostra em relação ao conhecimento que detém sobre a demência.

Posteriormente, são definidos os objetivos e delineadas as hipóteses de estudo de acordo com a revisão de literatura científica apresentada. De seguida, é apresentada a metodologia implementada. Na etapa seguinte, são apresentados os resultados a partir do tratamento dos dados, cuja respetiva discussão com a articulação dos modelos teóricos de investigação contemplados na revisão de literatura se apresenta na penúltima parte. Por fim, encontra-se a conclusão de acordo com as limitações e potencialidades do presente estudo, sugerindo linhas investigacionais para estudos futuros sob esta temática.

## **Contextualização Conceptual**

### **O envelhecimento humano**

Apesar da sua utilização generalizada, a palavra envelhecimento não se encontra atualmente oficializada cientificamente. O termo utilizado na literatura para se referir a este processo designa-se por senescência, que se caracteriza pelo declínio funcional, irreversível e progressivo das funções fisiológicas que ocorrem ao longo da vida nos organismos após a maturação sexual, que, progressivamente, nos tornam mais suscetíveis à morte - perda de viabilidade -, e mais vulneráveis a uma série de doenças. Este é um processo multidimensional e multifacetado, que apesar de afetar todos os seres vivos, é necessariamente distinto (Medeiros et al., 2014).

Segundo o autor Frontaine (2000), a compreensão dos fenómenos do envelhecimento deve ter em conta três pontos de vista: o plano biológico ou fisiológico, o psicológico e, por fim, o social. É impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade diferem de indivíduo para indivíduo, envelhecendo cada um de forma muito diversa. Assim, a este respeito, podemos falar em idade biológica, de idade psicológica e em idade social.

A idade biológica corresponde ao envelhecimento orgânico; às alterações em cada órgão que ditam a diminuição do seu funcionamento ao longo da vida e da capacidade de autorregulação que, inevitavelmente, se torna igualmente menos eficaz no tempo. Por sua vez, a idade psicológica corresponde a uma medida mais subjetiva e individualizada, considerando as características cognitivas, comportamentais e emocionais do indivíduo (inclui inteligência, memória e motivação, por exemplo). Por fim, a idade social refere-se ao papel e ao estatuto do indivíduo relativamente à sociedade onde se insere. Esta idade é fortemente determinada pela história de cada país e pela sua cultura. A idade e o processo de envelhecimento possuem dimensões e conceitos que extravasam as dimensões da idade cronológica, sendo que a relação entre os aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais é fundamental na categorização de um indivíduo como velho ou não (Frontaine, 2000).

O envelhecimento populacional a nível mundial representa uma das transformações demográficas e sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado

como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e com o envelhecimento da população (United Nations, 2019).

Segundo Inouye (2020) o processo de envelhecer acarreta alterações no sistema nervoso central, como alterações neuroanatômicas, alterações na neurotransmissão e alterações neurofisiológicas. Mais especificamente, o processo normal de envelhecimento está associado a declínios em certas capacidades sensoriais e habilidades cognitivas, como a percepção visual, a atenção dividida, a memória de trabalho, a velocidade de processamento, a inteligência fluída e a função executiva. Embora não se verifique um padrão uniforme de mudanças relacionadas com a idade e não se possa falar em linearidade em termos de desenvolvimento cognitivo em geral, investigações recentes identificaram alterações na substância cinzenta e na substância branca, bem como alterações cerebrovasculares e ao nível da neurotransmissão que podem contribuir para as alterações cognitivas observadas com o envelhecimento (Haranda et al., 2013).

Apesar da perspectiva tradicional do envelhecimento, que predominantemente o associa ao declínio, incapacidade e condições patológicas, existe evidência sobre a persistência de algumas capacidades cognitivas e até de alterações positivas que facilitam o processo do envelhecimento bem-sucedido. Algumas capacidades, como a inteligência cristalizada, que se relaciona com a resolução de problemas de uma forma mais contextual e com a aquisição de informação através da experiência, permanece estável, podendo aumentar na vida adulta e no idoso. O mesmo acontece com a memória não declarativa, que permanece inalterada durante toda a vida útil (Lezak, 2012; Salthouse, 2012).

De seguida, relativamente à capacidade geral da linguagem, o vocabulário permanece intacto com o envelhecimento, podendo igualmente melhorar com o tempo (Park & Reuter-Lorenz, 2009; Hayden & Welsh-Bohmer, 2012; Singh-Manoux et al., 2012; Salthouse, 2009). Contudo, ressalva-se que apesar da capacidade de nomeação por confronto visual de um objeto permanecer praticamente a mesma até aos 70 anos, esta tende a diminuir nos anos subsequentes (Zec et al., 2005). Igualmente em exceção, no domínio das funções executivas, verifica-se que permanecem estáveis ao longo da vida habilidades como descrever o significado de provérbios e a capacidade de identificar semelhanças (Haranda et al., 2013).

Durante o envelhecimento, as características psicossociais do desenvolvimento não revelam o mesmo declínio em comparação com as características biológicas. Cerca de 25% da variância da longevidade é explicada por fatores genéticos e os restantes 75%

tendem a ser explicados por fatores individuais e sociais (Kirkwood, 2005 cit in Fernandez-Ballesteros, 2013). Segundo, Sternber (2005), a correlação linear entre a idade e a sabedoria está longe de ser uma visão universalmente aceita na comunidade científica. Para além da idade, existem algumas variáveis intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo (contextuais, cognitivas, de saúde mental e personalísticas e de motivação) que podem influenciar o desenvolvimento real da trajetória da sabedoria. Indivíduos que ao longo da sua vida puderam ter acesso à educação, são mentalmente ativos na procura de novas experiências, tenham a capacidade de tirar proveito dos novos conhecimentos que adquiriram e não tenham um diagnóstico de saúde mental, têm maior probabilidade de desenvolver sabedoria até ao fim da sua vida (Sternberg, 2005; Ardelt & Nutter-Pridgen, 2018). Por outro lado, os autores Carstensen & Mikels (2005) afirmam que no decurso da vida vai decrescendo a atenção prestada a informação de valor negativo, existindo uma valorização das circunstâncias que conduzem à vivência de uma emocionalidade positiva.

À semelhança de outros países europeus, o envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno galopante dos últimos anos, principalmente pela baixa fecundidade, pelo aumento da esperança média de vida, pela diminuição da mortalidade e pela emigração de jovens adultos (Magalhães, 2014). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2020), atualmente mantem-se o agravamento do envelhecimento demográfico em Portugal, “que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 30 anos, sendo que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa”.



## Demência

A demência apresenta-se como uma das patologias mais descritas e estudadas do século XXI. A Organização Mundial de Saúde, na sua classificação internacional das doenças, 10ª edição (ICD-10), define Demência como uma disfunção cerebral de natureza crónica e progressiva. Caracteriza-se por um défice adquirido difuso nas múltiplas capacidades cognitivas superiores, nomeadamente na memória, compreensão, aprendizagem e linguagem, quase sempre com repercussão funcional, emocional, social e/ou da motivação. Múltiplas etiologias podem causar demência e os diversos subtipos de demência (doença de Alzheimer, a demência vascular, a demência frontotemporal, a demência dos Corpos de Lewy e a demência associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)) caracterizam-se por um quadro clínico com sintomas semelhantes, distinguindo-se, no entanto, na sua etiologia, idade e forma de apresentação, evolução clínica e sintomas associados (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

A demência encontra-se intimamente associada ao envelhecimento da população. De acordo com análise das curvas de distribuição etária, o aumento da esperança média de vida a nível mundial tem provocado uma alteração na prevalência das doenças crónicas e da morbilidade em idades mais avançadas, destacando a Demência como a patologia do envelhecimento mais frequente na população geriátrica que aumenta a sua incidência com a idade e apresenta um crescimento exponencial a partir dos sessenta e cinco anos (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Apesar de ser uma patologia comum a qualquer faixa etária, a sua prevalência aumenta à medida que se envelhece, tornando a idade como um fator de risco significativo no desenvolvimento da demência (Livingston et al., 2020). Segundo os investigadores Oh ES & Rabins PV (2019) e Nagel et al. (2021), o número de casos de demência no sexo feminino é superior quando comparado ao sexo masculino, facto explicado pela maior longevidade apresentada pelas mulheres e pela sua menor escolaridade por comparação com os idosos do sexo masculino, que se manifesta sobretudo na menor reserva cognitiva. Para além disso, segundo Podcasy & Epperson (2016) e Andersen et al. (1999) (como citados por Nagel et al., 2021), os sintomas de demência no sexo masculino são mais subtis e progridem mais lentamente do que no sexo feminino. No entanto, é importante salientar que embora a Demência seja mais frequente no idoso, nem todos os idosos desenvolvem demência e esta não faz parte do envelhecimento dito normal (Livingston et al., 2017).

## **Fatores de Risco Modificáveis e não modificáveis para a demência**

Atualmente a literatura científica avança com alguns fatores de risco que tornam os indivíduos mais vulneráveis a desenvolver declínio cognitivo e demência. A probabilidade de cada pessoa desenvolver demência não é igualitária, uma vez que os fatores de risco associados à doença se dividem em duas categorias com um peso distinto: os fatores não modificáveis com um peso de 60% e, por outro, os fatores de risco modificáveis com um impacto significativo de cerca de 40% das demências de todo o mundo (Livingston et al., 2017; Livingston et al., 2020; Redondo, 2021).

A revista médica *The Lancet* identificou - em dois artigos publicados em 2017 e 2020- os fatores de risco modificáveis de acordo com a probabilidade máxima estimada do risco associado à faixa etária. São fatores que, com as devidas medidas farmacológicas ou não farmacológicas, são possíveis de alterar (Livingston et al., 2017; Livingston et al., 2020; Redondo, 2021):

- I. No início da vida: baixa escolaridade (**7%**). Apesar de atualmente se verificar uma diminuição desse facto, sabe-se, através dos estudos sociais e culturais, que são as mulheres quem apresentam níveis de escolaridade mais baixos. Nesse sentido, consequentemente, acabam por revelar uma maior probabilidade de desenvolver demência comparativamente com os idosos do sexo masculino (Redondo, 2021). Segundo vários autores, o impacto da baixa escolaridade manifesta-se, sobretudo, na menor reserva cognitiva, construto este que se sabe ser relevante na proteção do dano neuropsicológico (Livingston et al., 2017; Livingston et al., 2020);
- II. Entre os 40 e os 65 anos:
  - a. Perda auditiva com o avançar da idade que pode resultar em declínio cognitivo devido à estimulação reduzida (**8%**). O risco, contudo, poderá ser minimizado em adultos idosos que fazem uso de aparelho auditivo, funcionando como protetor de declínio cognitivo (Ford et al., 2018; Redondo, 2021). Segundo estudos científicos realizados, este é um dos fatores de risco modificável menos reconhecido pela população (Nagel et al., 2021 e Keage et al., 2021);

- b.** Traumatismo cranioencefálico **(3%)**. O risco de desenvolver demência aumenta com o número de traumatismos e severidade dos mesmos (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);
- c.** Tensão arterial elevada **(2%)** – valor da pressão arterial sistólica superior a 130 mm/Hg e que persista na meia-idade (por volta dos 55 anos) (George et al., 2023; Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);
- d.** Obesidade (índice de massa corporal -IMC- maior ou igual que 30) **(1%)**. Pessoas com IMC superior a 25 (representativo de excesso de peso) com uma perda de peso de 2kg ou mais, referem melhorias significativas nos domínios da atenção e memória (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021; Johnson, 2019);
- e.** Consumo excessivo de álcool **(1%)**. O abuso de bebidas alcoólicas está cientificamente associado a modificações cerebrais e declínio cognitivo e demência. A relação entre o álcool e a Demência não deixa dúvidas no que diz respeito à Demência de início precoce (antes dos 65 anos de idade), sendo que mais de 50% das pessoas que desenvolvem a doença nesta faixa etária tendem a ter patologia de adição ao álcool no seu historial clínico (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021).

### **III.** Mais de 65 anos:

- a.** Tabaco **(5%)**. Os fumadores têm maior risco de desenvolvimento de Demência e de morte prematura. Parar de fumar poderá, efetivamente, reduzir o risco (Livingston et al., 2017; Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);
- b.** Depressão **(4%)**. Segundo estudos recentes, episódios depressivos ao longo da vida poderão aumentar o risco da doença, e o uso de antidepressivos não parece reduzir este risco (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);
- c.** Isolamento social **(4%)**. O risco de Demência é superior em pessoas que vivem sozinhas ou que são viúvas. Pessoas que são casadas e com uma maior rede de suporte tendem a ter maior contacto social, o que se associa a um melhor funcionamento cognitivo na sua velhice (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);

- d. Inatividade física (2%). Nos 10 anos que antecedem o diagnóstico, a falta de atividade física, em conjunto com uma condição cardio-metabólica (como obesidade, diabetes ou hipertensão arterial), está associada a um aumento da incidência de Demência, especialmente de Doença de Alzheimer (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);
- e. Poluição do ar (2%). No caso da poluição do ar, existe alguma divergência na literatura científica sobre este ser ou não um fator modificável. As partículas poluentes como PM 2.5, dióxido de azoto e monóxido de transportadas pelo ar estão associadas a pior saúde, acelerando processos degenerativos através de doença cerebrovascular e cardiovascular. Apesar de não ser um fator que não está totalmente ao nosso controle, uma vez que não depende de uma só pessoa para ser alterado, é importante a contribuição na diminuição da poluição atmosférica provocada (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);
- f. Diabetes, sobretudo tipo II (1%). Este é um fator que aumenta o risco com a duração e gravidade da diabetes tipo II (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);

**IV.** Outros fatores como: a pobre estimulação cognitiva e mental, má higiene do sono, ansiedade e o stresse (Alzheimer's Society, 2021; Fatores de risco modificáveis das Demências, 2022; Redondo, 2021).

Estes fatores de risco influenciam negativamente não só a manutenção da reserva cognitiva como o desenvolvimento neuropatológico, despoletando o aparecimento de doenças no cérebro e do sistema nervoso face à diminuição da sua capacidade de resistência a possíveis alterações (Haranda et al., 2013; Livingston et al., 2020).

Por sua vez, existem os fatores de risco não modificáveis, que como o nome indica, não são possíveis de alterar ou evitar (Redondo, 2021):

- a) Idade. À medida que a idade avança, a probabilidade de ser acometido por Demência aumenta. Após os 65 anos, o risco dobra a cada cinco anos. Este é o fator de risco que maior peso tem no risco de desenvolver demência (Livingston et al., 2020; Redondo, 2021);

- b) Histórico familiar. O histórico familiar não implica necessariamente que o indivíduo desenvolva demência, ainda assim, pessoas que possuem um parente de primeiro grau com a doença, possuem maior probabilidade de desenvolvê-la. Nos casos em que há mais de um parente, o risco é ainda maior. Nestes casos em que o fator familiar está presente, o estilo de vida desempenha um papel importante na prevenção da doença (Devusalzpt, & Devusalzpt, 2021b);
- c) Género. Apesar da maior expectativa de vida observada nas mulheres por comparação aos homens, a explicação subjacente à semelhante probabilidade de as mulheres desenvolverem demência face a sujeitos do sexo masculino com a mesma idade, continua incerta. Um estudo conduzido por cientistas norteamericanos e cujo artigo foi publicado no *Alzheimer's Disease & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, permitiu identificar um novo gene, designado MGMT, que parece aumentar o risco de demência, mais especificamente de Alzheimer nas mulheres (Chung et al., 2022). Outra explicação reside nas diferentes experiências de vida, como o nível de formação alcançado e a ocupação profissional. Dado que a baixa escolaridade se configura como um fator de risco para o desenvolvimento da demência, os baixos níveis de escolaridade das mulheres nascidas na primeira metade do século XX, poderá contribuir significativamente para o risco conhecido no sexo feminino para a demência, mais especificamente, doença de Alzheimer (Livingston et al., 2017; Livingston et al, 2020; Redondo, 2021);

A cura da demência, dos seus vários tipos, ainda não é possível, contudo alguns estudos indicam uma forte relação entre sete hábitos saudáveis e a diminuição do risco de demência, elencando alguns fatores de proteção (Gregory, 2023; Jia et al., 2023). Ainda que não seja possível saber com certeza o risco inicial para a doença, é promissor que seja possível adotar medidas protetoras durante a idade adulta (30, 40 e 50 anos), com um impacto redutor e/ou preventivo no desenvolvimento da demência em idade avançada (60, 70 ou 80 anos) (Redondo, 2021). Assim, a prevenção da Demência poderá resultar do aumento e manutenção da reserva cognitiva e da redução do dano neuropatológico (Livingston et al., 2020). É importante a adoção das seguintes medidas preventivas:

- Ter uma vida social ativa de forma a permitir as ligações entre as células cerebrais, contribuindo para um cérebro ativo e saudável, bem-estar e sentido de identidade e pertença. Fazer atividades que envolvam novas aprendizagens, participar em atividades culturais, voluntariado, caminhadas de grupo ou atividades mais religiosas, podem contribuir para a diminuição de fatores de risco como a depressão e o isolamento social promovendo de igual forma o sentimento de propósito pessoal de pertença (Alzheimer’s Society, 2021; Fatores de risco modificáveis das Demências, 2022);
- Adotar uma alimentação equilibrada e rica em vegetais, frutas e nozes, promove a saúde do coração e do cérebro, ajudando a reduzir a diabetes, o colesterol, a regular o consumo de bebidas alcoólicas e a evitar a obesidade (Alzheimer’s Society, 2021; Johnson, 2019). De acordo com os autores Livingston et al. (2020) e Schiepers et al. (2018), a dieta mediterrânica e a dieta MIND recomendam o consumo limitado de comida processada, carnes, doces e laticínios e enfatizam o consumo de mais frutas, vegetais, legumes, cereais, nozes, de azeite e peixe.
- Adotar medidas de prevenção de quedas (uso de corrimões nas escadas, de bengalas e/ou andarilhos, evitar pisos escorregadios ou passeios em mau estado, evitar ouvir música num volume excessivamente alto) que possam contribuir para a diminuição de comportamentos de risco e evitar consequências sérias como fraturas ou perda de audição (Como prevenir quedas no idoso?, 2019).
- Monitorizar a saúde em geral através de check-ups regulares, de modo a detetar eventuais problemas assim que eles surgirem (American Academy of Neurology, 2023). É importante o controlo:
  - da pressão arterial normal;
  - dos níveis de colesterol;
  - assim como do nível de açúcar no sangue.

Para as pessoas portadoras de condições de saúde consideradas fatores de risco modificáveis como é o caso da diabetes e da hipertensão, é importante regular o

acompanhamento por profissionais assim como o cumprimento da medicação receitada (Devusalzpt, & Devusalzpt, 2021a);

- Fazer atividade física regular. O exercício físico estimula o fluxo sanguíneo para o cérebro. As pessoas que se exercitam regularmente têm menores probabilidades de desenvolver doenças cardíacas, derrames, diabetes, hipertensão e depressão. Estas condições estão também associadas a um risco maior de desenvolver demência (Devusalzpt, & Devusalzpt, 2021a). O exercício físico poderá melhorar a capacidade respiratória, a flexibilidade cognitiva e motora, a qualidade do sono e a trabalhar o nosso equilíbrio entre o físico e o mental, promovendo a regulação das nossas emoções. O recomendado é realizar pelo menos 150 minutos de exercício moderado ou 75 minutos de exercício vigoroso por semana, para além do controlo do índice de massa corporal (IMC) (American Academy of Neurology, 2023; Alzheimer's Society, 2021; Fatores de risco modificáveis das Demências, 2022);
- Evitar maus hábitos: não fumar, não consumir bebidas alcoólicas em excesso e ter uma boa higiene do sono, imprescindível ao normal funcionamento da nossa saúde física e mental (American Academy of Neurology, 2023; Alzheimer's Society, 2021). Apesar das necessidades individuais do sono poderem variar, é recomendável descansar um número suficiente de horas (7h) (Irwin Vitiello, 2019; Hirshkowitz et al., 2015);
- Estimular o cérebro. Desafiar o nosso cérebro e a nossa capacidade mental, investindo na aprendizagem e adquirindo em novos passatempos contribuem avidamente para a estimulação cognitiva e saúde do nosso cérebro (American Academy of Neurology, 2023; Alzheimer's Society, 2021; Fatores de risco modificáveis das Demências, 2022).

Uma vez que os fatores de risco modificáveis influenciam cerca 40%, é importante ter em consideração que investir em todas as medidas preventivas anteriormente apresentadas não impede, na sua totalidade, o desenvolvimento da demência (Livingston et al., 2017; Livingston et al, 2020). Contudo, os estudos evidenciam que se pode reduzir a probabilidade e/ou atrasar o surgimento de declínio

cognitivo, o que poderá contribuir para uma melhor qualidade de vida e melhor saúde global por mais tempo (Schiepers et al., 2018; Livingston et al., 2020).

### **A Literacia em Saúde no envelhecimento**

Nutbeam (2000, como citado por Fawns-Ritchie C, 2019) caracteriza literacia em saúde (LH) como um conjunto de capacidades individuais, cognitivas e sociais que permitem que os indivíduos adquiram, compreendam e utilizem informações que promovam e incentivem a manutenção da saúde. Este autor conceituou três níveis de literacia em saúde: (1) literacia funcional, (2) literacia de interação e (3) literacia crítica, cada um com um conjunto de competências associado.

1. Literacia funcional: caracteriza-se por competências básicas suficientes para ler ou escrever, e que permitem ao indivíduo funcionar convenientemente em situações do dia-a-dia.

2. Literacia interativa: contém competências de literacia ou cognição mais avançadas, as quais, aliadas a competências sociais, podem ser utilizadas ativamente no dia-a-dia, com o intuito de extrair informação e obter significado das várias formas de comunicação, assim como aplicar nova informação a circunstâncias que mudam de forma constante.

3. Literacia crítica: conjunto de competências ainda mais avançadas que permitem tomar decisões depois de analisar criticamente a informação.

A literacia em saúde tem sido alvo de múltiplas revisões ao longo do tempo. No que diz respeito ao conceito propriamente dito, não existe ainda uma definição considerada universal até à data (Madeira, 2016).

Segundo os autores Wolf et al. (2012), alguém que tenha literacia em saúde deverá conseguir mobilizar diversas competências para além da fluência na leitura e da aritmética. Para além da capacidade de leitura no processo de descodificação e compreensão do texto, que dependem de habilidades cognitivas fluidas (como a memória, capacidade de raciocínio e pensamento crítico, a velocidade de processamento) e cristalizadas (como o vocabulário e o conhecimento geral), é importante considerar as diferenças individuais na literacia em saúde. Fatores como as diferenças culturais, linguísticas e sociais podem influenciar a capacidade de os indivíduos receberem e compreendem informações sobre saúde. Assim, um indivíduo com literacia em saúde deve ter capacidades como ler um texto básico ou escrever frases simples e conhecimento



e competências para as realizar. Segundo Verney et al. (2019) a alfabetização em saúde é fundamental para que as pessoas possam compreender e procurar informações de diversas fontes relacionadas à sua saúde de forma controlada e autónoma, o que poderá levar à adoção de comportamentos saudáveis e de prevenção a doenças.

É consensual na pesquisa de alguns estudos científicos realizados que o nível de escolaridade, a situação económica, idade, género masculino e o desenvolvimento cognitivo do individuo são fatores que influenciam significativamente o nível de literacia em saúde nos adultos idosos (Serrão et al., 2015; Kobayashi et al, 2015). A idade avançada é apontada como o principal fator para a diminuição da literacia em saúde durante o envelhecimento, e segundo o estudo realizado pelos investigadores Kobayashi et al. (2015), adultos idosos com mais de oitenta anos têm o triplo da hipótese de apresentar menor literacia em saúde.

Um estudo realizado em Portugal por Serrão et al. (2015) sugere que a maioria dos idosos apresenta um nível de literacia em saúde insuficiente. As dificuldades mais comuns estão relacionadas com a compreensão de informações sobre saúde e a utilização dos serviços de saúde. Segundo este autor, também o estado civil se relaciona com a baixa literacia em saúde.

Assim, pessoas mais velhas, com baixa condição económica, baixa escolaridade, do género masculino, viúvas e que tenham um funcionamento cognitivo não patológico inferior, têm um índice de literacia em saúde mais baixo. Quanto menor for a literacia em saúde, maior será a dificuldade em compreender e agir de acordo com a informação médica recebida, resultando numa saúde física debilitada ao nível das atividades básicas e instrumentais da vida diária e numa saúde mental inferior (Kobayashi et al, 2015; Wolf et al, 2005).

A função cognitiva enquanto fator que contribui para a compreensão da literacia em saúde na população mais velha não está claro, existindo divergência entre a literatura científica.

Segundo Kobayashi et al (2015) e Wolf et al. (2012), existe uma relação causa-efeito, na qual a cognição afeta o nível de literacia em saúde, a saúde física e a sintomatologia depressiva (Serper et al., 2014). A inteligência fluída e cristalizada poderão explicar mais de 70% da associação entre literacia em saúde e o desempenho em tarefas relacionadas à saúde. Esta correlação influencia não só a forma como os indivíduos compreendem e interpretam a informação recebida mas também impacta

diretamente a forma como utilizam essa informação na gestão da sua saúde. Como tal, a função cognitiva poderá ser um importante preditor na relação entre a idade avançada e o declínio da literacia em saúde, na saúde física e mental. De acordo com Serper et al. (2014), “as intervenções para reduzir as disparidades de alfabetização nos cuidados de saúde devem minimizar a carga cognitiva nos comportamentos que os pacientes devem adotar para gerir a saúde pessoal”. A literacia em saúde deverá ser um conceito capaz de se adaptar às necessidades de uma sociedade em constante evolução, de forma a garantir que as pessoas consigam procurar, compreender e agir sobre a informação médica recebida (Serper et al., 2014).

Numa investigação posterior, os investigadores Verney et al. (2019) refutam esta causalidade. No seu estudo longitudinal (10 anos), tentaram compreender o impacto do treino cognitivo em adultos mais velhos. De acordo com os seus achados, a alfabetização em saúde tende a permanecer estável ao longo do tempo, não existindo uma associação com o funcionamento cognitivo.

Por outro lado, os investigadores Oliveira et al. (2019) sugerem uma relação bidirecional entre a LH e o desenvolvimento de declínio cognitivo na vida adulta. Segundo estes autores, indivíduos com baixos níveis de LH têm um risco acrescido de desenvolver demência no futuro, em comparação com pessoas que possuem níveis adequados de LH em saúde. Segundo Rostamzadeh et al. (2019), atualmente o conhecimento da LH em indivíduos com risco elevado de demência é diminuto. Contudo, mais estudos são necessários para a compreensão do papel da LH como fator de risco para a demência.

Apesar de existir alguma literatura sobre a literacia em saúde no processo do envelhecimento, os estudos narrativos sobre o efeito dos processos típicos do envelhecimento cognitivo na literacia em saúde não são claros. Segundo os investigadores Kobayashi et al. (2015) e Geboers et al. (2018) seria de relevância científica investigar aspetos mais abrangentes da cognição, como o nível educacional, o uso da Internet, o conhecimento sobre o sistema nacional de saúde e outras atividades de lazer, na relação entre o funcionamento cognitivo e a literacia em saúde, independentemente do envelhecimento cognitivo.

## **Os Traços de personalidade na relação com a Literacia em Saúde**

O expectável aumento de casos de demência nos próximos anos, obriga ao estudo mais aprofundado sobre a etiologia e o decurso desta patologia, com o objetivo de facilitar o diagnóstico e possíveis estratégias de prevenção.

Segundo Israel et al. (2014), os traços de personalidade poderão desempenhar um papel importante na capacidade de os indivíduos compreenderem e aplicarem informações de saúde, o que é expectável tendo em conta a personalidade como um conjunto de características psicológicas que determinam os nossos padrões de resposta ao meio envolvente. No entanto, a relação entre traços de personalidade e literacia em saúde é complexa e não completamente compreendida.

De acordo com Kern & Friedman (2011), as cinco dimensões amplas da personalidade - Conscienciosidade (C), Abertura à Experiência (O), Extroversão (E), Amabilidade (A) e Neuroticismo (N) - , podem ser estudadas na relação causal destes traços com as diferentes patologias.

Segundo o estudo de Israel et al. (2014), quando se considera os Cinco Grandes traços de personalidade, a Conscienciosidade é um dos traços de personalidade mais importantes para a saúde. Indivíduos com alto nível de Conscienciosidade apresentam maior tendência para manter hábitos de vida saudáveis, como seguir uma dieta equilibrada, fazer exercício físico regularmente, evitar o tabaco e reduzir o consumo de álcool. São menos suscetíveis a fatores de risco para mortalidade, como as doenças crónicas, cardíacas, diabetes ou o até mesmo o cancro (Kern & Friedman, 2011; Israel et al., 2014) e por isso apresentam maior longevidade de vida (Kern & Friedman, 2008). Por outro lado, pessoas menos conscientes estarão mais sujeitas a desenvolver problemas de saúde, como o excesso de peso, colesterol alto, inflamação, hipertensão, violência comportamental, abuso de álcool e drogas ilícitas (Bogg & Roberts, 2004; Israel et al., 2014).

Os indivíduos que apresentam níveis elevados na dimensão O (Abertura à Experiência), envolvem-se ativamente na procura de atividades educacionais e profissionais estimulantes, o que por sua vez promove o estatuto socioeconómico, um dos fatores protetor da saúde. Para além disso, tendem a cumprir com maior rigor instruções médicas e a estabelecerem mais facilmente relações sociais, beneficiando de maior saúde e bem-estar. No entanto, sujeitos com elevados níveis de O estarão também mais

propensos a envolverem-se em comportamentos de alto risco para a saúde, como o consumo de drogas ilícitas e de álcool (Kern & Friedman, 201).

Os indivíduos com níveis mais elevados de Amabilidade tendem a estabelecer relações sociais fortes e a serem apreciados pelos outros, neste caso, fatores protetores para a saúde. Contudo, poderá ser colocada em causa caso o indivíduo abandone conscientemente as suas necessidades em benefícios dos outros (Kern & Friedman, 2011).

Os indivíduos com elevados níveis de Extroversão (E) podem adotar comportamentos de risco para a saúde quando são atraídos por ambientes hostis. Por outro lado, a facilidade destes indivíduos em estabelecer relações sociais fortes pode constituir um fator protetor contra resultados negativos para a saúde (Taylor, 2007 cit in Kern & Friedman, 201).

Segundo os autores Aschwanden (2021) e Nishita et al. (2016) o traço Conscienciosidade está associado ao menor risco de desenvolver demência. Segundo Maldonato et al. (2017), traços de personalidade como a Extroversão, a Conscienciosidade e Abertura à Experiência estão associados ao menor risco de declínio cognitivo e, conseqüentemente, a uma melhor saúde cognitiva.

Por fim, quanto ao traço Neuroticismo, segundo Friedman (2000 cit in Kern & Friedman, 2011, como citado por Paquete, 2020) e Singh-Manoux et al. (2020), indivíduos com perfil de vulnerabilidade, hostilidade e sintomatologia depressiva são mais suscetíveis a envolverem-se em comportamentos de risco para a saúde, como o consumo de substâncias, e a desenvolverem doenças crônicas e neurodegenerativas, como a Demência, o que sugere que poderá haver um efeito a longo prazo do neuroticismo na saúde física (Leger et al., 2021; Israel et al. 2014). Em contrapartida, indivíduos com elevados níveis de N, poderão experienciar ruminação, sintomatologia ansiógena e hipervigilância em relação à saúde. Como consequência, prevê-se o aumento da longevidade e bem-estar nestes indivíduos, embora também seja possível a presença de sofrimento psicológico nestes indivíduos que procuram avidamente controlar a sua saúde (Kern & Friedman, 2011). De acordo com Aschwanden (2021) e Nishita et al. (2016), o traço neuroticismo está associado ao maior risco de desenvolver demência.

## **A Literacia sobre a Saúde do Cérebro**

A projeção de um envelhecimento demográfico global a que assistimos prenuncia um aumento da incidência de doenças neurológicas já estabelecidas como a principal causa de incapacitação a nível global e a segunda principal causa de mortalidade, particularmente em contextos socioeconómicos menos favorecidos (Mace et al., 2021). Assim, a demência e o declínio cognitivo são uma prioridade de saúde crescente à medida que a população global envelhece (Brookmeyer et al., 2007; Larson et al., 2013 como mencionado por Mace et al., 2021).

Segundo Alla et al. (2017 como mencionado por Mace et al., 2021) a adoção de práticas voltadas à manutenção cerebral desde os primeiros estágios da vida está associada a uma redução no risco de patologias neurodegenerativas em idades avançadas.

A compreensão do construto "saúde do cérebro" ainda não alcançou unanimidade no meio científico. Ainda assim, é irrefutável que se adote uma abordagem holística à saúde cerebral; que não se baseie apenas num diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas, mas também que enfatize a promoção da saúde geral do cérebro através da adoção de uma dieta saudável, da prática regular de exercício físico, da manutenção de uma vida social ativa e da práticas de atividades cognitivamente estimulantes, de forma a retardar ou mitigar o desenvolvimento de patologias, em particular da demência (Bassetti et al., 2022; Deckers et al., 2014).

Em última análise, a psicoeducação sobre a saúde cerebral é fundamental, uma vez que capacita os indivíduos a adotarem medidas preventivas bem fundamentadas, a compreenderem os fatores de risco que podem contribuir para a demência e a adotarem comportamentos proativos capazes de proteger a integridade cognitiva ao longo da vida (Heger et al., 2019; Rostamzadeh et al., 2019).

## **A literacia sobre a Demência**

Atualmente a demência é amplamente reconhecida como um problema de saúde pública, contudo o nível de conhecimento sobre o contexto da demência, das estratégias preventivas e da gestão de risco associado à doença é, segundo alguns estudos, ainda bastante desconhecido pela população (Nagel et al., 2021; Keage et al., 2021; Van Asbroeck et al., 2021).

Segundo Nutbeam, (cit in Rostamzadeh et al., 2019), o nível crítico é particularmente relevante no contexto da prevenção da demência por abranger um conjunto de competências importantes como a capacidade de um indivíduo procurar, compreender, avaliar e utilizar informações complexas e mais técnicas relacionadas à patologia. Este nível da LH capacita os indivíduos a questionar e analisar autonomamente informações sobre os riscos associados à saúde, procurando esclarecer o diagnóstico. Para que se entenda melhor este paradigma, é dado o exemplo de como é bastante comum a informação de que um indivíduo apresenta comportamentos de risco para a saúde seja confundida com um diagnóstico definitivo. Nesse sentido, o nível crítico da literacia em saúde poderá contribuir para uma compreensão mais precisa e consciente da prevenção e tratamento da demência. A pesquisa científica recente sobre este tema concentra primordialmente o seu interesse de estudo no domínio funcional e interativo da LH em indivíduos com risco iminente de demência, nomeadamente com doença de Alzheimer. De uma forma global, avaliam o conhecimento e as atitudes dos participantes em relação à saúde do cérebro e à prevenção da demência, sem abordar de forma específica quais as etapas necessárias e importantes na gestão da saúde e bem-estar, como a capacidade de avaliar informações de saúde do cérebro, entender riscos e benefícios, aplicar estratégias de prevenção em relação à demência e tomar decisões confiantes com base nessas informações (Rostamzadeh et al., 2019).

De acordo com o estudo dos investigadores Nagel et al. (2021) e Keage et al. (2021), o reconhecimento dos sintomas da demência é identificado por grande parte da amostra do seu estudo com idades compreendidas entre os 18 e 78 anos e 18 e 44 anos, respetivamente. Contudo a compreensão do que é a demência, enquanto doença que afeta globalmente o funcionamento cognitivo, é descrita como significativamente limitada. Em particular, mais de metade dos participantes dos estudos demonstrou alguma compreensão da demência ao identificar declínio cognitivo em algumas áreas de funcionamento, apesar de existir maior ênfase na perda da memória enquanto sintoma

principal. Por outro lado, poucos referiram alterações funcionais (e.g., capacidade para realizar atividades de vida diária básicas e instrumentais) relacionadas à demência, revelando falta de conhecimento de outras funções alteradas que podem prejudicar igualmente a capacidade de o indivíduo realizar as tarefas do dia-a-dia na demência. Segundo os autores Ayalon & Areán, 2004, Blay & Piza Peluso, 2008, Jang et al. 2010 e Zheng & Woo, 2016 (como citados por Nagel et al., 2021), este dado poderá refletir o equívoco que possa existir entre a ocorrência da perda de memória na meia-idade, sobre o que é efetivamente a demência e quais as alterações que distinguem o envelhecimento normativo e o envelhecimento patológico.

O estudo conduzido por Marcinkiewicz (2016) identificou diferenças de gênero no comportamento em relação ao conhecimento sobre a demência. Verifica-se que as mulheres têm maior conhecimento sobre a demência ser uma doença preventiva em relação aos homens. No entanto, as diferenças na percepção dos fatores de risco entre homens e mulheres em relação à demência ainda não estão completamente compreendidas e mais estudos de análise deverão ser realizados (Nagel et al., 2021 e Siette & Dodds., 2022).

Em relação ao fator socio-econômico, não está claro se uma pessoa com um nível socioeconômico mais alto terá maior conhecimento sobre a demência em comparação com uma pessoa com um nível socioeconômico mais baixo (Nagel et al., 2021).

De acordo com o conhecimento efetivo sobre os fatores de risco, os fatores não modificáveis, como a idade e a genética, são os fatores de risco mais reconhecidos pela população em inquéritos que apuram dados sobre a literacia sobre a demência (Nagel et al., 2021 e Siette & Dodds, 2022). Segundo Livingston et al., 2017, este é um dado importante, uma vez que a genética e principalmente a idade, têm um papel significativo no início da demência.

Quanto aos fatores de risco modificáveis, no estudo de Siette & Dodds (2022), os participantes com idade inferior a 79 anos e com alta escolaridade, revelaram ter maior conscientização da demência e maior conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis. Essa associação sugere que a formação escolar e acadêmica poderá desempenhar um papel considerável no aumento da literacia e conscientização da doença (Siette & Dodds, 2022). Contrariamente, segundo Nagel et al. (2021), de uma forma geral, não é claro o conhecimento efetivo de que esses fatores possam ter um impacto na saúde do cérebro e aumentar o risco de desenvolver demência em diferentes fases da vida.

Segundo este autor, esta lacuna poderá levar ao risco na perpetuação errônea em fatores de risco não empiricamente comprovados e à inibição de comportamentos preventivos e procura de ajuda adequada.

Embora o traumatismo craniano e o acidente vascular cerebral sejam fatores de risco amplamente reconhecidos pela população em geral, existem diferenças etárias relativamente ao peso que cada fator de risco poderá ter no risco associado ao desenvolvimento da demência. Os adultos mais jovens (idade inferior a 79 anos segundo o estudo de Siette & Dodds, 2022) identificam em maior número fatores de risco para o desenvolvimento da demência, como a inatividade física, o isolamento social, a ingestão de álcool e o tabagismo como os fatores de risco que mais peso têm na redução do risco. Contrariamente, os adultos idosos (idade compreendidas entre os 80 e 94 anos) consideram que fatores como a escolaridade no início da vida, a perda auditiva, o diagnóstico de hipertensão e colesterol, o consumo de tabaco, a obesidade na meia-idade e diabetes na terceira idade não têm um peso significativo no risco de desenvolver demência (Siette & Dodds, 2022).

Relativamente ao conhecimento sobre a prevenção da demência, grande parte da amostra concordou que “é possível reduzir o risco de desenvolver demência” e “atrasar o início da demência”, discordando de que “a demência é uma parte normal do envelhecimento” (Nagel et al., 2021 e Keage et al., 2021). Ainda assim, é interessante o dado de que a grande maioria dos participantes admitiu pensar que as pessoas da sua idade não têm uma boa compreensão da demência, reconhecendo indiretamente a falta de conhecimento efetivo sobre a demência (Nagel et al., 2021 e Keage et al., 2021).

Como medidas preventivas, a adoção de um estilo de vida cognitivamente ativo é o fator mais reconhecido para prevenir a demência, seguido da atividade física, da adoção de uma dieta saudável e da estimulação social (Heger et al., 2019).

Por último, outro aspeto importante é a sobrevalorização do peso atribuído ao fator hereditariedade e a subvalorização do potencial da prevenção do risco associado à demência.

Segundo os autores Aihara e Maeda (2020) e Keage et al. (2021) a diversidade de fontes de informação está associada ao aumento da alfabetização sobre a demência. O uso de múltiplas fontes de informação, tais como a televisão, a rádio, ou panfletos podem, segundo estes autores, aumentar a literacia sobre a demência. Por outro lado, outros investigadores (Nagel et al., 2021) afirmam que, para além da informação sobre a



demência ser feita por fontes de informação informais com mais frequência do que por fontes de informação formais, o número de fontes de informação não está associado a um maior reconhecimento e compreensão da demência. Sugerem assim que a qualidade da fonte da informação utilizada e não a quantidade de fontes utilizadas pode influenciar o conhecimento e compreensão da demência. Deste modo existe alguma contradição nos estudos acerca da relação entre o número de fontes de informação e a literacia sobre a demência.

Os estudos Keage et al. (2021) ilustram que o medo subjacente a desenvolver demência e o desejo de aprofundar o conhecimento sobre a doença são fatores motivacionais para a adoção de um estilo de vida saudável. Esta observação ressalta a necessidade premente da implementação de programas de psicoeducação que esclareçam o contexto da demência, a distinção entre os fatores de risco não modificáveis e modificáveis e em que fase da vida têm maior relevância (Livingston et al., 2017), bem como sobre a relevância na adoção de um estilo de vida saudável com o objetivo de incentivar mudanças de comportamento preventivas (Keage et al., 2021; Curran et al., 2021). Segundo Altomare et al. (2021), programas de educação para a saúde do cérebro desempenham um papel significativo na maior consciencialização da população quanto ao que significa estar em risco de desenvolver demência.

Atualmente, modelo de intervenção deverá ter a capacidade de despoletar para a mudança de comportamento neste contexto (Curran et al., 2021). Segundo os autores Curran et al. (2021) e Altomare et al. (2021), é importante perceber de que forma se pode alcançar o conhecimento e a motivação para a adoção de práticas saudáveis e conscientes em relação à saúde do cérebro, através da análise de fatores sociais, culturais, demográficos e capacidade cognitivas de cada indivíduo, uma vez que influenciam as suas escolhas e comportamentos. De acordo com Garre-olmo (2018), as estratégias de prevenção primárias implementadas no futuro sobre os fatores de risco da demência, poderão reduzir o peso sobre esta patologia na saúde pública.

Tendo em consideração que a maioria dos estudos acerca da literacia sobre a demência não a têm relacionado com o perfil cognitivo e neuropsicológico dos indivíduos, e sendo que, de uma forma global, a literacia em saúde é influenciada, de entre outros fatores, pelo funcionamento cognitivo e intelectual, é relevante compreender de forma mais aprofundada o perfil dos indivíduos que apresentam menor literacia sobre

a demência, de modo a identificar estratégias para aumentar a literacia nestes indivíduos, contribuindo indiretamente para a prevenção da demência.

### **Objetivos e formulação de hipóteses**

O presente estudo tem como objetivo investigar a potencial relação entre o conhecimento sobre saúde do cérebro em adultos idosos com variáveis sociodemográficas e o estado cognitivo, averiguando em que medida a literacia em saúde do cérebro, em conjunto com estas variáveis, ajuda a explicar a variação no risco de demência. Mais especificamente, pretendemos investigar se indivíduos com maior conhecimento sobre a saúde do cérebro apresentarão menor risco para a Demência, e quais variáveis mais contribuem para este risco. Até onde se sabe, este será o primeiro estudo exploratório a tentar investigar a associação entre estas duas dimensões de forma a justificar a importância de integrar a psicoeducação sobre a saúde do cérebro num programa de prevenção para a demência.

De acordo com a revisão da literatura e dos objetivos de investigação traçados, definimos os seguintes objetivos do estudo:

- Avaliar as diferenças de sexo, escolaridade, idade e estado civil relativamente ao conhecimento sobre a demência (QED);
- Caracterizar o funcionamento neuropsicológico de pessoas com baixo risco de demência e com alto risco de demência;
- Avaliar a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento cognitivo global (ACE-R);
- Avaliar a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento neuropsicológico de funções específicas;
- Avaliar a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o risco de demência (LIBRA)
- Avaliar a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e os traços de personalidade.

## Metodologia

### Participantes

No presente estudo foi recrutada uma amostra comunitária obtida através de um método de amostragem não probabilística (por conveniência com recrutamento presencial). Esta amostra foi recolhida em Portugal continental, com residência predominante nas regiões centro e interior do país, durante janeiro a maio do presente ano (2023). Os participantes da amostra teriam de cumprir os seguintes critérios (cf. Tabela 1).

### Tabela 1.

*Critérios de inclusão e exclusão da amostra (n=94)*

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
Participantes com idade compreendida entre os 55 e os 75 anos.	Participantes com idade inferior a 55 anos e superior a 75 anos;  Participantes com diagnóstico de défice cognitivo e/ou sensorial.

### Instrumentos

Neste estudo foi aplicado um protocolo de avaliação neuropsicológica com o objetivo de avaliar as hipóteses de estudo elaboradas com base na literatura científica. Aos participantes, após obtenção de consentimento informado por escrito, foram submetidos individualmente a uma entrevista sociodemográfica e a uma bateria de testes individuais. De forma geral, pretendeu-se avaliar o desempenho cognitivo, o risco desenvolver para a demência, o estilo de vida e estado emocional e funcional do participante. Por fim, avaliou-se o conhecimento dos participantes sobre a literacia em demência.

### ***Questionário Sociodemográfico (QS)***

A aplicação do QS pretende a recolha de informação relevante para contextualização, com perguntas abertas e fechadas sobre dados sociodemográficos, história médica atual e pré-mórbida, escolar e profissional, relações sociais/ familiares, religião do participante.

### ***Teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI; Alves, L., Martins, C. & Simões, M. R., 2010)***

Ao participante é pedido que leia em voz alta uma lista de 46 palavras portuguesas que ostentam casos de irregularidade na relação grafema-fone (palavras irregulares). A pontuação depende do número de palavras corretamente lidas e da escolaridade do participante, sendo que para obter o valor do QI estimado são realizadas fórmulas de regressão. Este teste possui ótimas características psicométricas, apresentando um valor excelente de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,939).

É uma medida de teste para a reserva cognitiva do participante (Alves et al., 2012).

### ***Questionário de Reserva Cognitiva (QRC; Rami, L., et al., 2011; Portuguese version by Sobral et al., 2014) Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y com enfermedad de Alzheimer. Revista de Neurologia, 52, 195-201)***

O CRC é um questionário útil para avaliar o grau de reserva cognitiva em pacientes saudáveis ou com um diagnóstico de Doença de Alzheimer precoce, considerando as experiências do participante ao longo da sua vida. Ao participante é questionado algumas informações sobre 8 áreas distintas importantes na formação da reserva cognitiva: educação do participante, educação dos seus progenitores, a educação continuada, a ocupação laboral e a presença de atividades cognitivamente estimulantes como a formação musical, o domínio de línguas, frequência de atividades de leitura e de jogos intelectuais. É uma medida neuropsicológica que está associada ao desempenho cognitivo da função executiva.

### ***Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Revista (ACE-R; Addenbrooke Cognitive Examination – Revised. Hodge, & Mioshi, 2005; versão experimental portuguesa autorizada: Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008)***

O ACE-R é um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia cinco domínios de funcionamento cognitivo: Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e

Visuo-espacial. As pontuações mais elevadas são indicativas de um melhor funcionamento cognitivo, sendo a pontuação máxima global 100 pontos. O instrumento possibilita ainda o cálculo do resultado obtido em cada um dos cinco domínios avaliados, bem como a pontuação derivada relativa ao Mini-Mental State Examination (MMSE). Com a aplicação deste instrumento, pretende-se apurar a função cognitiva global do participante.

***Subteste Listas de Palavras I e II da Wechsler Memory Scale-3ª edição (WMS-III; Wechsler, 2008b)***

Os participantes são convidados a memorizar uma lista de 15 itens, que é repetidamente apresentado e testado em 5 ensaios. Existem medidas de recordação e reconhecimento.

“Os índices de consistência interna dos subtestes variam entre os .70s e os .90s com uma única exceção: os coeficientes de fidelidade dos Índices Principais estão situados entre os .80s e os .90s. De referir que o Índice Reconhecimento Auditivo Diferido tem uma fidelidade de 0.74.” (Wechsler, 2008).

Esta é uma medida clássica da memória episódica verbal.

***Subteste Código da WAIS-III (Wechsler, D., 2008)***

Os participantes são convidados a recodificar uma sequência de símbolos usando um determinado código numérico (codificação de símbolos). A pontuação máxima é de 133 pontos, baseada na rapidez e precisão com que o participante consegue completar a tarefa. O coeficiente médio de estabilidade varia entre 0.88 e 0.82 (Wechsler, 1997).

Esta é uma medida de velocidade de processamento.

***Trail Making Test A e B (TMT A & B; Reitan 1958; estudos port. Cavaco et al., 2013b)***

O participante deverá na parte A traçar linhas conectando, consecutivamente, círculos numerados. De seguida, na parte B, o participante deverá traçar linhas conectando alternadamente círculos com letras e números numa sequência crescente. O teste tem como objetivo avaliar a atenção dividida, procura visual, processamento de informação, coordenação olho-mão, memória de trabalho e os processos executivos (Parte B), mais especificamente a capacidade inibitória e a alternância cognitiva. São avaliados o tempo despendido e o número de erros cometidos, sendo que o objetivo é completar a tarefa o mais rápido e com o menor número de erros possível (Cavaco et al., 2013).

***Fluência Verbal Semântica e Fonémica (FVS, FVF; Cavaco et al., 2013a) - categorias “P”, “M” e “R”***

Os participantes são solicitados a produzir o maior número possível de palavras começando com uma determinada letra (F, A, S) ou categoria (animais, ocupações) num minuto. O nível de consistência interna deste teste é de 0.89 (Cavaco et al., 2013).

Este é um teste de função executiva.

***Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult Version (BRIEF-A; Roth et al., 2005)***

Este é um inventário para uma faixa etária da população entre os 18 e os 90 anos. Inclui uma medida de autorrelato e de relato do informante que conheça e esteja em contacto frequente com o participante avaliado. A medida de autorrelato permite que o investigador avalie a percepção do participante sobre as suas dificuldades funcionais, e quando comparadas com as do informante, fornecem informações importantes, por exemplo, sobre o nível de consciência que a pessoa tem das suas dificuldades (quando o indivíduo tem deficiências cognitivas ou tem pouca consciência da disfunção) (Roth et al., 2005). O inventário possui um total de 75 itens que integram 9 escalas clínicas, sendo elas: Inibir (8 itens), Mudar (6 itens), Controle Emocional (10 itens), Automonitorar (6 itens), Iniciar (8 itens), Memória de Trabalho (8 itens), Planejar/Organizar (10 itens), Monitor de Tarefas (6 itens) e Organização de Materiais (8 itens). Este é um teste de Funções Executivas (Roth et al., 2005).

***Escala de Risco Demência (LIBRA; Deckers et al., 2014; Schiepers et al., 2018)***

Para avaliar o risco de demência os participantes são convidados a responder a questões de saúde e de estilo de vida que podem influenciar o bom funcionamento cognitivo. Pontuações mais altas correspondem a maior risco de demência, variando de -5,9 a +12,7. Não tem nível de consistência interna. Na presente dissertação, pontuações superiores a 0 foram consideradas “alto risco” e pontuações inferiores a 0 foram consideradas “baixo risco”. Esta é uma medida que pretende fornecer uma visão geral do potencial de um indivíduo para a prevenção da demência/saúde do cérebro.

***Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15; Sheikh & Yesavage 1986; versão portuguesa de Matos et al., 2019)***

O participante deve considerar o seu comportamento e sentimentos durante a última semana e responder segundo uma escala de resposta dicotômica (sim/não). A gravidade dos sintomas depressivos varia de acordo com a pontuação obtida: valores entre 0 e 4 são consideradas normais, valores entre 5 e 8 indicam sintomas depressivos leves, entre 9 e 11 indicam presença de sintomas depressivos moderados e, por fim, valores obtidos entre 12 e 15 indicam sintomas depressivos graves. O alfa de Cronbach total da escala é de 0.83 (Apóstolo et al., 2014). Esta é uma medida que avalia a sintomatologia depressiva do participante.

***Inventário de personalidade NEO -FFI-20 (Costa & MacCrae, 1992; Bertoquini & Ribeiro, 2006)***

O Inventário de Personalidade NEO - revisto (NEO PI-R) avalia a personalidade a partir de cinco dimensões distintas, cada uma com seis facetas: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Cada dimensão é composta por afirmações, perante as quais os participantes indicam, numa escala tipo Likert de cinco pontos (1 - nunca a 5 - sempre) em que grau as mesmas se lhes aplicam. Assim, quanto maior é o valor da média dos itens, mais elevados são os níveis nessa dimensão. O alfa de Cronbach deste teste varia entre 0.75 e 0.82. Para a dimensão conscienciosidade é de 0.81, para a medida neuroticismo é de 0.81, para o traço extroversão é de 0.75 e, para a dimensão amabilidade é 0.72 e, por fim, para o construto abertura à experiência, o alfa de Cronbach é de 0.72. É uma medida de personalidade.

***Escala de Conhecimento Sobre Demência (QED; Keage, H.A.D. et al., 2021; Marcum, Z.A., et al., 2019; versão portuguesa adaptada por Moldes, J. & Silva, A.R., 2022)***

O questionário está desenhado para avaliar 7 dimensões, respetivamente, a compreensão da demência, o conhecimento da prevenção para a demência, o conhecimento dos fatores de risco modificáveis associados à demência, a avaliação dos fatores de risco, a presença de fatores de risco, a preocupação de desenvolvimento de demência e ações a tomar e as fontes de informação. O participante é convidado a preencher um questionário sobre o conhecimento que tem sobre o envelhecimento e a demência. É um teste que pretende

avaliar a literacia sobre a demência. O instrumento ainda não foi validado, pelo que não é possível saber-se o nível da sua consistência interna.

## **Procedimentos**

O protocolo utilizado no presente estudo foi selecionado a partir de um protocolo de um estudo maior de prevenção da demência "REMINDER", submetido e com parecer positivo pela Faculdade de Psicologia e Educação Comissão de Deontologia e Ética da Investigação de Ciências da Universidade de Coimbra (CEDIFPCEUC: 62/8). Após a obtenção do consentimento informado por parte do participante, o protocolo completo foi administrado numa única sessão de avaliação por estagiários de neuropsicologia e assistentes de investigação, num período máximo de 2 horas. Quando este período de tempo era excedido ou se verificasse sinais de fadiga durante a avaliação, alguns testes puderem ser auto-administrados pelos participantes no seu domicílio. No final de cada avaliação, foram fornecidas instruções quanto ao seu preenchimento e foi solicitado aos participantes que contactassem com uma pessoa próxima para responder à versão informante do teste neuropsicológico BRIEF- A. A partir do protocolo completo foram selecionadas provas que permitissem responder aos objetivos do presente estudo.

## **Análise dos dados**

Para proceder à análise dos dados foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v.27.0).

Para avaliar os pressupostos necessários à utilização de testes paramétricos, será avaliada a normalidade da distribuição amostrar com o teste de Shapiro-Wilk bem como com a avaliação dos valores de curtose e assimetria, sendo consideradas violações à normalidade apenas se os valores da primeira forram superiores a 8-10 e os valores da segunda forem superiores a 5 (Tabachnik & Fidell, 2014). Devido à intensão de desenvolver análises de regressão, também analisaremos a presença de multicolinearidade, em que valores de inflação de variância (VIF) < 10 indicam ausência de multicolinearidade.

A caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas foi efetuada através de estatísticas descritivas, nomeadamente frequências/percentagens, médias, desvios-padrão e amplitudes.



A presença de diferenças entre as médias das variáveis em estudo para grupos amostrais (em função da idade, escolaridade, sexo) será avaliada através de testes t para amostras independentes ou Anova univariada no caso de mais de dois grupos, sendo que diferenças serão consideradas se o valor de significância for  $<.05$  (Fisher, 1973). Consideraremos a magnitude dos efeitos de acordo com o cálculo do d de Cohen (acima de 1:efeito muito elevado; entre 0.5 e 1.0 – efeito elevado; entre 0.2 e 0.5 - efeito médio e entre 0.2 e 0 – efeito pequeno) (Cohen, 1988).

Para explorar a existência de relações de associação significativas entre as variáveis em estudo, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman pela variabilidade de distribuições em algumas medidas analisadas, considerado significativo quando o valor de  $p<.05$ , e a magnitude das correlações será estimada seguindo a proposta de Maroco (2018) pelo valor de  $r$ : associação fraca  $<0.25$ , associação moderada entre  $0.25 \leq r < 0.50$ , associação forte entre  $0.50 \leq r < 0.75$  e muito forte para  $\geq 0.75$ .

## **Resultados**

### **Caracterização da amostra**

Foi recrutada uma amostra total de 94 sujeitos com um intervalo de idades entre os 55 e os 75 anos ( $M=63.46$ ;  $DP=6.346$ ). A amostra é composta maioritariamente pelo sexo feminino (64.9%), cuja formação escolar varia principalmente entre o ensino primário (28.7%) e o ensino superior (29.8%). Paralelamente, mais de metade dos sujeitos (51,1%) encontram-se ainda no ativo. O estado civil mais frequente é Casado(a) (70.2%) (cf. Tabela 2).

Relativamente ao diagnóstico de patologias, as doenças cardíacas e o diagnóstico de colesterol são as mais referidos (52.1% e 58.5 % respetivamente), e de acordo com a amostra, grande parte dos sujeitos faz posologia medicamentosa (71.3%) (cf. Tabela 3).

**Tabela 2***Características sociodemográficas da amostra (n=94).*

Variáveis		N (%)	M (DP)	Min – Máx
Sexo	<i>Masculino</i>	33 (35.1%)		
	<i>Feminino</i>	61 (64.9 %)		
Idade	<i>Adulto (55-64)</i>	57 (60.6%)	63.46 (6.346)	55 - 75
	<i>Idosos (65-75)</i>	37 (39.4%)		
Escolaridade	<i>Ensino Primário</i>	27 (28.7%)		
	<i>3ºCiclo</i>	14 (14.9%)		
	<i>Ensino Secundário</i>	25 (26.6%)		
	<i>Ensino Superior</i>	28 (29.8%)		
Estado Civil	<i>Solteiro (a)</i>	6 (6.4 %)		
	<i>Casado (a)</i>	66 (70.2 %)		
	<i>Divorciado (a)</i>	9 (9.6 %)		
	<i>Viúvo (a)</i>	13 (13.8%)		
Reforma	<i>Aposentado (a)</i>	46 (48.9%)	60.36 (4.394)	
	<i>No Ativo</i>	48 (51.1%)		

**Tabela 3***Características clínicas da amostra (n=94).*

Variáveis		N (%)
Medicação	<i>Não</i>	27 (28.7)
	<i>Sim</i>	67 (71.3)
	<i>Nenhuma</i>	10 (10.6)
Problemas Sensoriais	<i>Visão</i>	71 (75.5)
	<i>Audição e visão</i>	13 (13.8)
	<i>Nenhum</i>	10 (10.6)
Uso de aparelhos	<i>Óculos</i>	82 (87.2)
	<i>Óculos e aparelho auditivo</i>	2 (2.1)
Diagnóstico	<i>Doenças Oncológicas</i>	10 (10.6)
	<i>Doenças Respiratórias</i>	11 (11.7)
	<i>Doenças Cardíacas</i>	49 (52.1)
	<i>Doenças Neurológicas</i>	2 (2.1)
	<i>Doenças Ortopédicas/ Reumatoides</i>	10 (10.6)
	<i>Doenças Autoimunes</i>	4 (4.3)
	<i>Doenças Vasculares</i>	3 (3.2)
	<i>Colesterol elevado</i>	55 (58.5)
	<i>Outros</i>	10 (10.6)

## **Nível de conhecimento sobre a demência em função da idade, escolaridade, género e estado civil**

De acordo com os resultados expostos, relativamente ao género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no desempenho da medida do conhecimento dos fatores de risco modificáveis entre o sexo masculino e o sexo feminino ( $t(92)=-.171, p=.865$ ]. No que diz respeito ao conhecimento de prevenção da demência, também não se verificaram diferenças de género estatisticamente significativas entre ambos os grupos ( $t(92)=.701, p=.485$ ] (cf.4).

Em relação à idade, tendo sido criados os estratos etários 55-64 anos e 65-75 anos, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes mais novos e os participantes mais velhos no nível de conhecimento dos fatores de risco modificáveis  $t(92)=-2.415, p=.018$ , com os mais velhos a demonstrarem maior conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis. A magnitude de efeito desta diferença é considerada moderado a forte ( $d=-.510$ ). Contudo, não há registo de divergência estatisticamente significativa entre os participantes mais novos e os participantes mais velhos em relação ao conhecimento sobre a prevenção da demência (cf.4).

Quanto à formação escolar dos participantes, verifica-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao conhecimento dos fatores de risco modificáveis  $F(3, 94) = 9.43, p<.001$  (cf.4). O efeito de tamanho da diferença é considerável médio ( $\eta^2=.239$ ).

Realizou-se o teste Post-hoc HSD de Tukey para identificar entre que grupos se encontram as diferenças. Os resultados obtidos no teste post-hoc permitiram verificar que existem diferenças no Ensino Primário face ao Ensino Secundário ( $p=.020$ ), sendo que os participantes com o Ensino Secundário apresentam maior conhecimento quanto aos fatores modificáveis, e diferenças no Ensino Primário face ao Ensino Superior ( $p<.001$ ), em que os participantes do Ensino Superior apresentam um conhecimento superior às do Ensino Primário, não havendo mais diferenças a destacar (cf. Tabela A1, Apêndice A).

Por fim, relativamente ao estado civil, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis e quanto ao conhecimento da prevenção da demência (cf.4).

**Tabela 4**

*Médias, desvios-padrão e teste estatístico para diferenças entre grupos (sexo, idade, escolaridade e estado civil).*

Variáveis	Conhecimento de fatores de risco modificáveis			Teste Estatístico	Conhecimento sobre a prevenção da demência			Teste Estatístico	
	<i>N</i> (%)	<i>M</i> ( <i>DP</i> )			<i>N</i> (%)	<i>M</i> ( <i>DP</i> )			
Gênero	<i>Masculino</i>	33 (35.1%)	32.12 (10.03)	-.171	.865	33 (35.1%)	27.45 (8.02%)	.701	.485
	<i>Feminino</i>	61 (64.9%)	32.51 (10.70)			61 (69.9%)	26.36 (6.76%)		
Idade	55-64	57 (60.6%)	30.33 (9.89)	-2.415	.018*	57 (60.6%)	26.79 (7.36)	.074	.941
	65-75	37 (39.4%)	35.51 (10.56)			37 (39.4%)	26.68 (7.06)		
Nível Escolar	<i>Ensino Primário</i>	27 (28.7%)	25.59 (9.90)	9.43	<.001**	27 (28.7%)	26.93 (8.38)	.248	.863
	<i>3ºCiclo</i>	14 (14.9%)	31.21 (10.47)			14 (14.9%)	26.71 (9)		
	<i>Ensino Secundário</i>	25 (26.6%)	33.20 (9.59)			25 (26.6%)	27.56 (6.29)		
	<i>Ensino Superior</i>	28 (29.8%)	38.75 (7.46)			28 (29.8%)	25.86 (5.95)		
Estado Civil	<i>Solteiro (a)</i>	6 (6.4%)	31.00 (13.55)	1.82	.149	6 (6.4%)	23.50 (6.69)	.922	.433
	<i>Casado (a)</i>	66 (70.2%)	31.02 (10.30)			66 (70.2%)	27.47 (7.81)		
	<i>Divorciado (a)</i>	9 (9.6%)	36.00 (10.32)			9 (9.6%)	24.67 (6.65)		
	<i>Viúvo (a)</i>	13 (13.8%)	37.38 (8.44)			13 (13.8%)	26.00 (3.37)		

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

### **Caracterizar o funcionamento neuropsicológico de pessoas com baixo risco de demência e com alto risco de demência**

De forma a comparar e compreender o perfil neuropsicológico de indivíduos com baixo e alto risco de desenvolver demência, foi realizado um teste t para amostras independentes. A amostra foi assim dicotomizada em dois grupos: o grupo de alto risco de desenvolver demência e o grupo de baixo risco de desenvolver demência (cf.5).

A tabela 5 revela diferenças significativas de desempenho entre os grupo de risco, com o grupo de risco a ter um pior desempenho no **TelPI** escala total [ $t(92)=2,15$ ,  $p=0,35$ ], com um tamanho de efeito médio ( $d=.443$ ), no desempenho da memória imediata na **Lista de Palavras I** [ $t(92)=2,33$ ,  $p=0,22$ ], com uma magnitude de efeito média ( $d=.481$ ) e no desempenho da **Fluência Verbal Fonémica** [ $t(92)=2,39$ ,  $p=.019$ ], com um tamanho de efeito igualmente médio ( $d=.494$ ).

**Tabela 5**

Teste *t* para amostras independentes entre os grupos de risco no desempenho de testes neuropsicológicos.

	Baixo Risco <i>M (DP)</i>	Alto Risco <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Conhecimento dos fatores modificáveis</i>	33.54 (10.80)	31.15 (9.98)	1.11	.269
<i>Conhecimento sobre a prevenção da demência</i>	26.38 (7.04)	27.13 (7.43)	-.51	.614
<i>ACE-R</i>	89.33 (10.31)	87.30 (11.30)	.91	.365
<i>ACE-R_MMSE</i>	28.77 (1.51)	28.39 (1.75)	1.31	.261
<i>TeLPI_QIEC</i>	115.74 (10.68)	109.80 (15.79)	2.15	<b>.035*</b>
<i>QRC</i>	12.42 (5.23)	10.96 (5.55)	1.31	.192
<i>Código</i>	50.71(14.08)	45.65(13.58)	1.77	.080
<i>Lista de Palavras I</i>	28.69 (5.36)	25.80 (6.59)	2.33	<b>.022*</b>
<i>Lista de Palavras II</i>	5.85 (2.30)	5.39 (2.53)	.929	.356
<i>Código</i>	50.71(14.08)	45.65 (13.58)	1.77	.080
<i>TMT A</i>	40.71(17.53)	43.83 (19.14)	-.824	.412
<i>TMT B</i>	97.85 (45.46)	97.13 (59.23)	.067	.947
<i>FVS</i>	17.77 (4.62)	16.93 (4.85)	.856	.394
<i>FVF</i>	49.71 (17.10)	41.91 (14.28)	2.39	<b>.019*</b>
<i>Brief_A</i>	94.90 (19.21)	96.07 (18.54)	-.300	.765
<i>Brief_H</i>	93.15(20)	94.04 (22.18)	-.204	.839
<i>GDS-15</i>	1.33(2.23)	2.35 (2.98)	-1,874	.064

\**p*<0.05

### Relação entre o conhecimento sobre a demência e a função cognitiva global

De modo a perceber a relação entre o conhecimento sobre a demência e o funcionamento cognitivo global, procedeu-se ao cálculo das correlações de Spearman entre o conhecimento de fatores de risco modificáveis e o conhecimento sobre a prevenção da demência com as restantes variáveis relevantes.

Verificou-se uma correlação negativa fraca entre o conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis e a função cognitiva global medida pelo MMSE ( $r = -.203$ ). Não se verificam mais correlações significativas (cf.6).

**Tabela 6**

*Matriz de correlações de Spearman entre o conhecimento sobre a demência e a função cognitiva global (n=94).*

		<i>Conhecimento dos fatores modificáveis</i>	<i>Conhecimento sobre a prevenção da demência</i>	<i>ACE-R_MMSE</i>	<i>ACE-R</i>
<i>Conhecimento dos fatores modificáveis</i>	r de Spearman	1	-.187	-.203*	.093
	Sig.	.	.071	.049	.375
<i>Conhecimento sobre a prevenção da demência</i>	r de Spearman	-.187	1	.140	.072
	Sig.	.071	.	.178	.487
<i>ACE-R_MMSE</i>	r de Spearman	-.203*	-.140	1	.522**
	Sig.	.049	.178	.	<001
<i>ACE-R</i>	r de Spearman	.093	.072	.522**	1
	Sig.	.375	.375	<001	.

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$



### **Relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento neuropsicológico de funções específicas**

De forma a compreender a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento das funções específica, realizou-se uma matriz de Spearman.

Em relação ao conhecimento sobre os fatores modificáveis, observa-se uma correlação positiva moderada entre o conhecimento dos fatores de risco modificáveis e o coeficiente de inteligência pré-mórbida global (**Telpi\_QIEC**) ( $r=.386$ ,  $p<001$ ), uma correlação positiva forte com o teste **QRC** ( $r= .504$ ,  $p<001$ ), uma correlação negativa moderada com o teste da **FVF** ( $r = -.284$ ,  $p=.005$ ) e, por fim, uma correlação negativa fraca com o **Trail A** ( $r = -.220$ ,  $p=.033$ ).

Relativamente ao conhecimento sobre a prevenção da demência, verifica-se uma correlação moderada positiva com a **FVF** ( $r = .280$ ,  $p=.006$ ) e uma correlação moderada positiva com o teste do **Código** ( $r = .253$ ,  $p=.014$ ).

A Tabela B1 (ver apêndice B em anexo) apresenta os resultados das análises de correlação entre os testes neuropsicológicos administrados e o teste que avalia o conhecimento sobre a demência (QED).

### **Relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o risco de demência (LIBRA)**

De forma a perceber a relação entre o risco de demência (LIBRA) e o conhecimento sobre a demência (QED), procedeu-se ao cálculo das correlações de Spearman.

Verificou-se que não existem correlações significativas entre o risco de desenvolver demência e o conhecimento sobre os fatores modificáveis ( $r= -.078$ ) e o conhecimento sobre a prevenção da demência ( $r= -.076$ ).

### **Relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e os traços de personalidade**

Com o objetivo de poder associar o conhecimento sobre a demência e os traços de personalidade, procedeu-se ao cálculo das correlações de Spearman. Assim, encontraram-se os seguintes resultados (cf. Tabela C1, Anexo C):

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis, os traços de personalidade conscienciosidade ( $r= .473$ ), abertura à experiência ( $r= .269$ ) e amabilidade

( $r = .330$ ) correlacionam-se de forma positiva moderada. Por sua vez, o traço extroversão tem uma correlação positiva fraca ( $r = .204$ ).

Relativamente ao conhecimento sobre a prevenção da demência, quer o traço conscienciosidade ( $r = -.261$ ) quer o traço amabilidade ( $r = -.225$ ) têm respetivamente uma correção negativa moderada e negativa fraca, não havendo mais correlações relativamente à prevenção da demência e traços de personalidade.

O traço neuroticismo não se correlacionou significativamente com o conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis e com o conhecimento sobre a prevenção da demência.

Por fim, pretendeu-se compreender a relação da sintomatologia depressiva medida pela GDS-15 com o conhecimento sobre a demência (QED) e com os traços de personalidade. Segundo os resultados expostos, existe uma correlação positiva moderada da sintomatologia depressiva com o traço neuroticismo ( $r = .348$ ) e uma correlação negativa moderada com o traço extroversão ( $r = -.377$ ). Por outro lado, a sintomatologia depressiva não se correlacionou significativamente com o conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis e com o conhecimento sobre a prevenção da demência.

## Discussão

O presente estudo exploratório teve como objetivo investigar a potencial relação entre o conhecimento sobre a saúde do cérebro em adultos idosos e as variáveis sociodemográficas, o funcionamento cognitivo global e a personalidade, explorando ainda em que medida a literacia em saúde do cérebro, em conjunto com estas variáveis, está associada ao risco de demência.

Como ponto de partida, tentamos caracterizar as diferenças de sexo, idade, escolaridade e estado civil relativamente ao conhecimento sobre a demência (QED). Relativamente à variável género, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao conhecimento sobre a demência. Como esperado, a nossa amostra é composta maioritariamente por mulheres, com uma percentagem de 63.46%, facto explicado pela maior longevidade de vida que apresentam (Livingston et al., 2017; Livingston et al., 2020). Alguns estudos sobre a literacia em saúde (Kobayashi et al., 2015; Verney et al., 2019) associam ao sexo feminino maior conhecimento sobre a saúde em geral. Outros sobre a literacia sobre a demência revelam esta lacuna sociodemográfica, havendo outros que atribuem ao sexo feminino um maior conhecimento sobre a literacia em saúde (LH), não havendo um consenso na literatura científica (Marcinkiewicz, 2016; Nagel et al., 2021 e Siette & Dodds, 2022).

Do mesmo modo, não se verificaram diferenças quanto ao conhecimento sobre a demência relativamente ao estado civil. De acordo com Serrão et al. (2015) indivíduos casados teriam maior literacia em saúde. De acordo com literatura sobre o conhecimento da demência, esta não parece ser uma variável que influencie o conhecimento (Nagel et al., 2021; Siette & Dodds; Keage et al., 2021). Este resultado poderá ter sido enviesado por diferenças estatísticas quanto a outros estados civis, uma vez que grande parte da nossa amostra é composta por participantes casados.

Relativamente à variável sociodemográfica idade, verificam-se diferenças etárias quanto ao conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis, sugerindo que os participantes mais velhos (entre os 65 e os 75 anos) têm maior conhecimento sobre os fatores de risco em comparação com os participantes mais novos (com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos). A divisão das idades que é feita nas investigações científicas que pretendem perceber em que idades existe maior conhecimento diferem, exigindo maior cautela neste tipo de elações. Tendo em conta o

estudo de Siette & Dodds (2022), cuja divisão da faixa etária é semelhante à nossa, o nosso resultado é congruente, com os participantes do estudo destes investigadores entre os 65 e os 79 anos a revelarem ter maior conhecimento sobre quais os fatores de risco modificáveis para a demência em comparação com os participantes mais velhos, acima dos 79 anos. É importante que os estudos sobre o conhecimento da demência incluam população mais jovem, para que o equívoco da demência enquanto parte normativa do envelhecimento seja esclarecida e se esbatam as barreiras à mudança de estilo de vida nesta população (Siette & Dodds, 2022). Segundo os autores Smith & Quach (2014), é particularmente preocupante que a população mais jovem tenha pouco conhecimento e preocupação sobre a demência, uma vez se encontram numa fase etária de risco elevado, cuja intervenção preventiva poderia ser particularmente benéfica (Hanon, 2015; Laitinen et al., 2006).

Por fim, de acordo com os resultados da escolaridade, verificou-se que apenas existem diferenças no conhecimento dos fatores de risco modificáveis. Apesar de inicialmente se verificar que os níveis de escolaridade (Ensino Primário, 3ºCiclo, Ensino Secundário e Ensino Superior) seriam pouco homogêneos, havendo um grande número de participantes do Ensino Primário e do Ensino Secundário/Superior, o tamanho de efeito encontrado é relevante e estatisticamente válido. Assim, de acordo com os nossos resultados, equacionamos que com os participantes mais velhos e com maior escolaridade evidenciam maior conhecimento. Vários são os estudos que corroboram a importância da escolaridade na construção da reserva cognitiva, com os indivíduos a terem maior escolaridade a terem uma melhor função cognitiva global, e consequentemente a terem maior conhecimento sobre a saúde e especificamente sobre a demência (Siette & Dodds, 2022; Kobayashi et al., 2015; Wolf et al., 2005).

Apesar de não ter sido possível avaliar a relação entre o estatuto socioeconómico e o conhecimento sobre a demência no presente estudo, sugere-se que em estudos futuros seja equacionada esta possibilidade. Ainda que não se verifique um consenso na literatura sobre o seu contributo positivo para o conhecimento sobre a saúde e do cérebro (Nagel et al., 2021; Verney et al., 2019; Kobayashi et al., 2015), segundo Lorenc et al., 2013 e Thomson et al., 2006 (cit in Van Asbroeck et al., 2021), a implementação de programas de psicoeducação sobre a saúde do cérebro tende a ser menos eficaz em indivíduos com baixo estatuto económico. De acordo com o estudo de Deckers et al. (2019) e de Yaffe et al. (2013), menor poder económico foi associado a um aumento do risco de demência,

podendo as diferenças socioeconômicas no risco de desenvolver demência serem parcialmente explicadas pela dificuldade na adoção de comportamentos protetores à saúde. Neste sentido, esta questão também deverá ser uma preocupação futura na construção de programas de psicoeducação para a demência, devendo disponibilizar informações e recursos acessíveis a todos os níveis socioeconômicos.

De seguida, quisemos aprofundar diferenças no funcionamento neuropsicológico de pessoas que possuem alto e baixo risco de desenvolver demência. Os resultados obtidos apontam para que indivíduos que possuem risco de desenvolver demência, têm menor reserva cognitiva e apresentam pior desempenho em tarefas de memória episódica imediata e de funções executivas. Os resultados são congruentes com a literatura científica acerca da importância da reserva cognitiva no funcionamento cognitivo global e prevenção de risco para a demência. Segundo Haranda et al. (2013), Hindle et al. (2015), Livingston et al. (202), Lavrencic et al. (2018) e Schiepers et al. (2018) a maior reserva cognitiva tem um efeito direto no melhor desempenho em testes cognitivos, contribuindo conseqüentemente para a redução do dano neuropsicológico.

Aquando da avaliação da relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento cognitivo global (ACE-R e ACE-R\_MMSE), de acordo com os nossos resultados, observa-se uma correlação negativa fraca entre o conhecimento sobre os fatores de risco e o funcionamento cognitivo global medido pelo MMSE, não tendo sido encontradas outras correlações significativas. Segundo estudos sobre literacia sobre a demência, indivíduos com baixo níveis de LH têm um risco acrescido de desenvolver demência no futuro (Oliveira et al., 2019). Contudo, esta é uma área ainda pouco explorada, e mais estudos devem ser realizados (Rostamzadeh et al., 2019). Apesar da maioria dos estudos revelarem boas correlações entre medidas de alfabetização em saúde e o MMSE, dado que não utilizamos medidas de queixas subjetivas, e não podendo tirar maiores elações, segundo Wolf et al. (2005), é possível que os indivíduos possam estar livres de declínio cognitivo e ainda assim ter uma baixa literacia em saúde. Uma vez que para a mobilização da LH são necessárias várias habilidades (Wolf et al., 2012), esta correlação acaba por nos limitar nas conclusões, existindo a necessidade de analisar funções neuropsicológicas específicas para além da análise do funcionamento cognitivo global, no conhecimento para a demência (QED).

Assim, o nosso próximo objetivo foi averiguar a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e o funcionamento neuropsicológico específico. Os nossos resultados

permitem estabelecer um padrão diferenciado entre o conhecimento dos fatores de risco modificáveis e o conhecimento sobre a prevenção da demência. No nosso segundo objetivo, percebemos que pessoas com alto risco de desenvolver demência têm menor reserva cognitiva e apresentam pior desempenho em tarefas de memória e de funções executivas. Os resultados desta análise, permitem-nos equacionar que uma melhor reserva cognitiva avaliada pelo coeficiente de inteligência pré-mórbida (TeLPI), está associada ao conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis. Outras funções cognitivas mais específicas encontram-se correlacionadas com este tipo de conhecimento, ainda que com menor força, não permitindo aludir a mais conclusões. Este resultado reforça a literatura científica (Lacrencic et al., 2018 e Oliveira et al., 2019) relativamente à reserva cerebral. Um aumento na reserva cognitiva parece estar associado não só à diminuição do risco de desenvolver demência como também ao aumento do conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis (Valenzuela & Sachdev, 2005).

Como referido anteriormente, segundo a literatura científica de Oliveira et al. (2019) e Rostamzadeh et al. (2019), um conhecimento insuficiente sobre a literacia em demência poderá estar associado ao maior risco de desenvolver a patologia. Assim, quisemos investigar se indivíduos com maior conhecimento sobre a saúde do cérebro apresentam menor risco para a demência. Os resultados obtidos não nos permitiram confirmar esta hipótese. Uma das limitações do nosso estudo diz respeito ao score total da análise do risco dos participantes em relação à demência. Através do teste LIBRA apenas podemos calcular a taxa de risco em relação aos fatores modificáveis, desconhecendo a taxa de risco dos participantes em relação aos fatores não modificáveis. Segundo os autores Anstey et al. (2022) e Huque et al. (2023), a complementaridade entre algumas escalas de risco, como o CAIDE, o teste ANU-Alzheimer's Disease Risk Index (ANU-ADRI), o Índice de Risco de Saúde Cognitiva e Demência (CogDrisk) e para doença de Alzheimer (CogDrisk-AD) e o teste Lifestyle for Brain health (LIBRA), poderia ser uma solução para se obter uma informação mais fidedigna para a determinação do risco associado à demência, uma vez que a demência se trata de uma síndrome complexa, para a qual o impacto dos fatores de risco pode variar dependendo do tipo de demência, da confluência de risco e das suscetibilidades genéticas pré-existentes (Deckers et al., 2017). Outra limitação do nosso estudo em relação ao cálculo do risco, passou pela imprecisão de alguns participantes quanto ao diagnóstico de colesterol e outras informações médicas relevantes, como o seu peso e altura.

Atualmente, as diretrizes atuais sobre os fatores de risco e fatores protetores para a demência não incluem a dimensão da personalidade (Nishita et al., 2016). Segundo Israel et al. (2014) a abordagem entre estes dois construtos é fundamental, uma vez que a personalidade de um indivíduo poderá moldar a forma como responde ao meio-ambiente, o que por sua vez poderá afetar a forma como lida com informações de saúde, incluindo o conhecimento sobre a demência. Assim, no presente estudo, quisemos avaliar a relação entre o conhecimento sobre a demência (QED) e os traços de personalidade.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que níveis mais elevados de traços de personalidade Conscienciosidade (C), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Extroversão (E) corresponde a um maior conhecimento sobre os fatores de risco modificáveis para a demência. Os resultados foram de acordo com a literatura científica apresentada por Bogg & Roberts, 2004; Israel et al., 2014; Taylor, 2007 cit in Kern & Friedman, 2011; Kern & Friedman, 2011 que associam estes traços no envolvimento de comportamentos protetores de saúde cognitiva. Ainda segundo os estudos de Aschwanden (2021), Low et al. (2013); Singh-Manoux et al. (2020); Yoneda et al. (2023), o traço conscienciosidade associa-se a um menor risco de desenvolver demência, enquanto segundo Maldonato et al. (2017) os traços de personalidade Extroversão, Conscienciosidade e Abertura à Experiência estão associados a uma boa saúde cognitiva.

Contrariamente a este padrão, quando avaliado o conhecimento sobre a prevenção da demência e não sobre os fatores de risco ou o conceito de demência, verificou-se que níveis mais elevados de Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C) se associam a um menor conhecimento sobre a prevenção da demência. Assim, concluímos que apesar de indivíduos com elevado nível de Amabilidade e de Conscienciosidade terem maior conhecimento sobre a demência e os fatores modificáveis, tal não parece generalizar-se relativamente ao conhecimento sobre os meios de como prevenir esta patologia.

Quanto ao neuroticismo (traço N) no nosso estudo concluímos que não se correlaciona com o conhecimento sobre os fatores modificáveis e com o conhecimento de como os prevenir. Segundo Nishita et al., 2016, a depressão é uma “terceira” variável importante que poderá influenciar a relação positiva encontrada no seu estudo entre o neuroticismo e o risco de desenvolver demência. No nosso estudo não obtivemos uma relação significativa entre o QED e o traço de personalidade Neuroticismo, podendo ser necessário averiguar, num futuro estudo com maior dimensão amostral, apurar que variáveis medeiam estas duas.

Uma das limitações do nosso estudo foi a utilização de apenas um instrumento da personalidade- NEO-FFI-20- o que poderá ter-nos limitado na análise entre a personalidade e o conhecimento sobre a demência da amostra. Assim, para uma compreensão mais alargada sobre a relação dos traços de personalidade com o conhecimento da demência, sugerimos em futuras investigações, a aplicação um teste de personalidade mais extenso, com maior sensibilidade para identificar adequadamente os traços.

De forma geral, verifica-se que um conhecimento mais forte quanto aos fatores de risco modificáveis não está associado ao conhecimento sobre a prevenção, podendo haver o desconhecimento por parte da população do presente estudo de como prevenir o risco de desenvolver demência. Esta é uma lacuna no conhecimento sobre a saúde do cérebro apresentada por vários estudos realizados, que deve promover a reflexão sobre as estratégias de programas de intervenção para a saúde do cérebro (Nagel et al., 2021; Keage et al., 2021; Van Asbroeck et al., 2021). De acordo com Horst et al. (2021) a psicoeducação em saúde e as iniciativas de prevenção da demência deverão concentrar-se nos fatores de risco relacionados ao estilo de vida, além de considerar as barreiras relacionadas aos fatores sociodemográficos identificados que poderão impedir que as populações tenham acesso a esse tipo de informação.

### **Limitações do Estudo**

Este estudo exploratório apresenta algumas limitações metodológicas no seu desenho, que deverão ser tidas em conta na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, foi realizada uma amostragem não probabilística, obtendo uma amostra por conveniência. Apesar da vantagem de permitir um acesso à amostra comunitária pretendida, tem a desvantagem de não conseguir uma boa representatividade da população geral. A amostra inicial era composta por um total de 118 participantes, e uma vez que alguns não preencheram a Escala de Avaliação para a Demência (QED), e sendo este um questionário central para os objetivos do presente estudo, foram excluídos um número importante de participantes para o presente estudo pioneiro. Assim, devido ao tamanho da amostra/ amostra mais reduzida do que o esperado, não foi possível implementar análises mais robustas onde seria interessante observar, como por exemplo



a predição entre o risco e o conhecimento sobre a demência na presente amostra. Em segundo lugar, verificou-se que a amostra é majoritariamente composta pelo sexo feminino, e o mesmo se verifica relativamente ao estado civil, sendo majoritariamente participantes casados, o que limita a conclusão e generalização dos resultados. Por esta razão, sugere-se que, em estudos futuros, os resultados sejam replicados com uma amostra mais representativa que possibilite a realização de uma correção estatística para múltiplas comparações (Bonferroni) sem perder a capacidade de identificar diferenças significativas.

De seguida, a natureza transversal do protocolo neuropsicológico (recolha num único momento) apresentou alguns desafios. Com o objetivo de evitar o efeito fadiga e de não exceder o tempo limite de avaliação aconselhável, alguns participantes preencheram o QED no seu domicílio, verificando-se algumas respostas semelhantes, retiradas da internet. Outra limitação depreende-se com a subestimação dos níveis de compreensão sobre a demência da nossa amostra, uma vez que algumas questões eram de resposta aberta. Desta forma não é possível assegurar totalmente a autenticidade e confiabilidade do conhecimento sobre a Demência relativamente à nossa amostra. Uma forma de contornar esta limitação poderia consistir na administração deste teste, crítico para os objetivos do presente estudo, em formato de entrevista durante a sessão de avaliação.

## Conclusão

De acordo com os dados estatísticos atuais, observa-se que o envelhecimento populacional acompanha o aumento da incidência de condições neurológicas, em particular da Demência. A investigação crítica acerca da literacia sobre a demência, considerando o perfil sociodemográfico, de função cognitiva e personalístico revela-se fundamental, uma vez que possibilitará a implementação de estratégias preventivas mais eficazes. Esta abordagem terá também o potencial de promover uma melhoria significativa na qualidade de vida dos adultos idosos, capacitando-os a um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, o presente estudo exploratório teve como objetivo o estudo aprofundado de fatores de natureza sociodemográfica, de perfil cognitivo e personalístico associados ao conhecimento sobre a Demência, e a compreensão da sua influência no risco de desenvolver Demência.

No padrão do conhecimento sobre os fatores modificáveis para a demência, destacam-se diferenças significativas em função da idade e escolaridade, com os participantes mais velhos e com maior escolaridade a evidenciarem maior conhecimento. Evidenciaram-se associações positivas entre o conhecimento sobre fatores de risco e a função cognitiva e medidas de reserva cognitiva. Relativamente ao risco de desenvolver demência, verificou-se que indivíduos com maior risco de desenvolver demência têm pior reserva cognitiva.

Por fim, as características de personalidade parecem ser determinantes no conhecimento para a demência, sobretudo relacionadas com o conhecimento sobre os fatores de risco, destacando-se os traços Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade para o aumento deste tipo de conhecimento.

De forma geral, verificou-se que um maior conhecimento quanto aos fatores de risco modificáveis não está associado ao conhecimento sobre a prevenção. Esta deverá ser uma reflexão importante a retirar do presente estudo.

Os resultados sugerem, assim, que futuras abordagens de psicoeducação sobre a saúde do cérebro poderão ser beneficiadas ao considerar a influência de variáveis sociodemográficas, cognitivas e de personalidade na comunicação de informação sobre a saúde do cérebro. É essencial que se adote estratégias educacionais para atender às necessidades específicas destes grupos, levando em consideração fatores como idade, nível de escolaridade e traços de personalidade. É fundamental compreender como desenvolver e implementar programas de sensibilização que incorporem este

conhecimento. É possível que, através de estratégias de prevenção primária implementadas sobre os fatores de risco conhecidos para a demência, o peso da demência na saúde pública diminua no futuro.

O estudo oferece igualmente uma base sólida para investigações futuras no campo da neuropsicologia, com informações valiosas sobre a relação entre funcionamento neuropsicológico e literacia sobre demência, que podem ter um impacto relevante para potenciar a reserva cognitiva como foco de intervenção, e outras funções cognitivas relevantes que parecem associadas à literacia específica sobre a demência. Assim, verificam-se implicações práticas que podem guiar intervenções para melhorar a saúde cerebral e prevenir a demência em populações vulneráveis.

## Referências Bibliográficas

- Aihara, Y., & Maeda, K. (2020). Dementia Literacy and Willingness to Dementia Screening. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8134. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218134>.
- Altomare, D., Molinuevo, J. L., Ritchie, C., Ribaldi, F., Carrera, E., Dubois, B., Jessen, F., McWhirter, L., Scheltens, P., van der Flier, W. M., Vellas, B., Démonet, J.-F., Frisoni, G. B., Abramowicz, M., Altomare, D., Barkhof, F., Berthier, M., Bieler, M., Blennow, K., ... Visser, L. (2021). Brain Health Services: organization, structure, and challenges for implementation. A user manual for Brain Health Services—part 1 of 6. *Alzheimer's Research & Therapy*, 13(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00827-2>.
- Alves, L., Martins, C., & Simões, M. R. (2010). Avaliação da Inteligência Pré-Mórbida: Desenvolvimento da versão experimental do Teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI) para a população Portuguesa [The assessment of premorbid intelligence: Development of the Irregular Word Reading Test (TeLPI) experimental version]. *Psychologica*, 52(3), 295-311.
- Alves, L., Simões, M. R., & Martins, C. (2012). The Estimation of Premorbid Intelligence levels among Portuguese speakers: The Irregular Word Reading Test (TeLPI). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(1), 58-68. doi: <https://doi.org/10.1093/arclin/acr103>.
- Alves L., Martins, C., & Simões, M. R. (2018). Teste de Leitura de Palavras Irregulares (TeLPI): Manual. [The Irregular Word Reading Test - TeLPI: Manual]. Lisboa: Hogrefe. [commercial edition].
- Alzheimer's Society. (2021, November 25). How to Reduce Your Risk Alzheimer's and Other Dementias | *Alzheimer's Society*. [www.alzheimers.org.uk](http://www.alzheimers.org.uk). <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/risk-factors-and-prevention/how-reduce-your-risk-alzheimers-and-other-dementias>.
- American Academy of Neurology: Neurology Resources | AAN. (2023). <https://www.aan.com/PressRoom/Home/PressRelease/5055>.

- Anstey, K. J., Zheng, L., Peters, R., Kootar, S., Barbera, M., Stephen, R., Dua, T., Chowdhary, N., Solomon, A., & Kivipelto, M. (2022). Dementia risk scores and their role in the implementation of risk reduction guidelines. *Frontiers in Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.765454>.
- Ardelt, M., Pridgen, S., & Nutter-Pridgen, K. L. (2018). The relation between age and Three-Dimensional Wisdom: Variations by wisdom dimensions and education. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(8), 1339–1349. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx182>.
- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into portuguese. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 65–73. <https://doi.org/10.12707/RIV14033>.
- Aschwanden, D., Strickhouser, J. E., Luchetti, M., Stéphan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2021). Is personality associated with dementia risk? A meta-analytic investigation. *Ageing Research Reviews*, 67, 101269. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101269>.
- Bassetti, C. L., Endres, M., Sander, A., Crean, M., Subramaniam, S., De Carvalho, V. M., Di Liberto, G., Franco, O. H., Pijnenburg, Y. A., Leonardi, M., & Boon, P. (2022). The European Academy of Neurology Brain Health Strategy: One brain, one life, one approach. *European Journal of Neurology*, 29(9), 2559–2566. <https://doi.org/10.1111/ene.15391>.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psychologica*, 43, 193–210.
- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887–919. doi:10.1037/0033-2909.130.6.887.
- Carstensen, L. & Mikels, J. (2005). At the intersect of emotion and cognition. Aging and the Positivity Effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 117-121(nónio).
- Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Porto: Lidel.

- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 189–198. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013b). Semantic fluency and phonemic fluency: regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(3), 262–271. <https://doi.org/10.1093/arclin/act001>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Chung, J., Das, A., Sun, X., Sobreira, D. R., Leung, Y. F., Igartua, C., Mozaffari, S. V., Chou, Y., Thiagalingam, S., Mez, J., Zhang, X., Jun, G., Stein, T. D., Kunkle, B. W., Martin, E. R., Pericak-Vance, M. A., Mayeux, R., Haines, J. L., Schellenberg, G. D., . . . Farrer, L. A. (2022). Genome-wide association and multi-omics studies identify MGMT as a novel risk gene for Alzheimer’s disease among women. *Alzheimers & Dementia*, 19(3), 896–908. <https://doi.org/10.1002/alz.12719>.
- Como prevenir quedas no idoso? (2019). [www.cintramedica.pt](http://www.cintramedica.pt). Acedido a 15 de abril de 2023, em <https://www.cintramedica.pt/saberprevenir/como-prevenir-quedas-no-idoso>.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The Revised NEO-PI/NEO-FFI Professional Manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Curran, E., Chong, T. T., Godbee, K., Abraham, C., Lautenschlager, N. T., & Palmer, V. J. (2021). General population perspectives of dementia risk reduction and the implications for intervention: A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *PLOS ONE*, 16(9), e0257540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257540>.
- Deckers, K., Van Boxtel, M. P., Schiepers, O. J., De Vugt, M., Muñoz Sánchez, J. L., Anstey, K. J., Brayne, C., Dartigues, J., Engedal, K., Kivipelto, M., Ritchie, K., Starr, J. M., Yaffe, K., Irving, K., Verhey, F. R., & Köhler, S. (2014). Target risk factors for dementia prevention: A systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *International*

- Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(3), 234-246.  
<https://doi.org/10.1002/gps.4245>.
- Deckers, K., Köhler, S., Van Boxtel, M., Verhey, F. R., Brayne, C., & Fleming, J. (2017). Lack of associations between modifiable risk factors and dementia in the very old: findings from the Cambridge City over-75s cohort study. *Aging & Mental Health*, 22(10), 1272–1278.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1280767>.
- Deckers, K., Cadar, D., Van Boxtel, M., Verhey, F. R., Steptoe, A., & Köhler, S. (2019). Modifiable Risk Factors Explain Socioeconomic Inequalities in Dementia Risk: Evidence from a Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 71(2), 549–557. <https://doi.org/10.3233/jad-190541>.
- Devusalzpt, & Devusalzpt. (2021a, August 10). Dicas para reduzir o risco de desenvolver Demência - Associação Alzheimer Portugal. Associação Alzheimer Portugal. <https://alzheimerportugal.org/dicas-para-reduzir-o-risco-de-desenvolver-demencia/>.
- Devusalzpt, & Devusalzpt. (2021b, August 30). Demência e Hereditariedade - Associação Alzheimer Portugal. Associação Alzheimer Portugal. <https://alzheimerportugal.org/demencia-e-hereditariedade/>.
- Fawns-Ritchie C. (2019). Health literacy, cognitive ability, and health [Master's thesis].
- Fernandez-Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitations of age. In A. Oliveira (Coord.). *Promoting Conscious and Active Learning and Aging. How to face current and future challenges?* (p. 25-74). Coimbra: Imprensa Universidade de Coimbra (E-book descarregável em [http://www.uc.pt/imprensa\\_uc/catalogo/ebook](http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook)).
- Firmino, H., Simões, M.R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (ACE-R), versão experimental portuguesa autorizada*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 668–675. doi:10.1016/j.bbi.2007.09.004

- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2018). Avaliação Cognitiva de Addenbrooke-Revista: Versão Portuguesa. Manual técnico (2<sup>a</sup> ed., com actualização de dados normativos; 41 páginas). Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fisher, R.A. (1973) *Statistical Methods and Scientific Inference*. 3rd Edition, Hafner Press. New York.
- Ford, A. H., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., Flicker, L., & Almeida, O. P. (2018). Hearing loss and the risk of dementia in later life. *Maturitas*, 112, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.004>.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Garre-Olmo J. [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias]. *Rev Neurol*. 2018.
- Geboers, B., Uiters, E., Reijneveld, S. A., Jansen, C., Almansa, J., Nooyens, A. C. J., Verschuren, W. M. M., De Winter, A. F., & Picavet, H. S. J. (2018). Health literacy among older adults is associated with their 10-years' cognitive functioning and decline - the Doetinchem Cohort Study. *BMC Geriatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0766-7>.
- George, K. M., Maillard, P., Gilsanz, P., Fletcher, E., Peterson, R., Fong, J., Mayeda, E. R., Mungas, D. M., Barnes, L. L., Glymour, M. M., DeCarli, C., & Whitmer, R. A. (2023). Association of early adulthood hypertension and blood pressure change with Late-Life neuroimaging biomarkers. *JAMA Network Open*, 6(4), e236431. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6431>.
- Gregory, A. (2023, February 27). Seven healthy habits may help cut dementia risk, study says. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2023/feb/27/seven-healthy-habits-may-help-cut-dementia-risk-study-says>.
- Hanon O, Forette F: Treatment of hypertension and prevention of dementia. *Alzheimers Dement* 2005, 1(1):30–37.
- Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med*. 2013 Nov;29(4):737-52. doi:10.1016/j.cger.2013.07.002.
- Hayden KM, Welsh-Bohmer KA. Epidemiology of cognitive aging and Alzheimer's disease: contributions of the cache county utah study of memory, health and



aging. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2012; 10:3–31. [PubMed: 21809193].

Heger, I., Deckers, K., Van Boxtel, M. P., De Vugt, M. E., Hajema, K., Verhey, F. R., & Köhler, S. (2019). Dementia awareness and risk perception in middle-aged and older individuals: baseline results of the MijnBreincoach survey on the association between lifestyle and brain health. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7010-z>.

Hindle, J. V., Hurt, C. S., Burn, D. J., Brown, R. G., Samuel, M., Wilson, K., & Clare, L. (2015). The effects of cognitive reserve and lifestyle on cognition and dementia in Parkinson's disease—a longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 13–23. <https://doi.org/10.1002/gps.4284>.

Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40–3.

Huque, M. H., Kootar, S., Eramudugolla, R., Han, S. D., Carlson, M. C., López, O. L., Bennett, D. A., Peters, R., & Anstey, K. J. (2023). CogDrisk, ANU-ADRI, CAIDE, and LIBRA risk scores for estimating dementia risk. *JAMA Network Open*, 6(8), e2331460. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31460>.

Horst, B. R., Furlano, J. A., Wong, M. S., Ford, S., Han, B. B., & Nagamatsu, L. S. (2021). Identification of Demographic Variables Influencing Dementia Literacy and Risk Perception Through a Global Survey. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.660600>.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Recuperado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2).

Irwin MR, Vitiello MV. Implications of sleep disturbance and inflammation for Alzheimer's disease dementia. *Lancet Neurol*. 2019;18(3):296–306.

Israel, S., Moffitt, T. E., Belsky, D. W., Hancox, R. J., Poulton, R., Roberts, B. W., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2014). Translating personality psychology to help personalize preventive medicine for young adult patients. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 106(3), 484–498.  
<https://doi.org/10.1037/a0035687>.

- Jia, J., Zhao, T., Liu, Z., Liang, Y., Li, F., Li, Y., Liu, W., Li, F., Shi, S., Zhou, C., Yang, H., Liao, Z., Li, Y., Zhao, H., Zhang, J., Zhang, K., Kan, M., Yang, S., Li, H., . . . Cummings, J. L. (2023). Association between healthy lifestyle and memory decline in older adults: 10 year, population based, prospective cohort study. *BMJ*, e072691. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-07269>.
- Johnson, J. (2019, December 13). What to know about no-sugar diets. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/319991>.
- Keage, H. A., Villani, G., & Hutchinson, A. D. (2021). What do young Australian adults know about modifiable risk factors for dementia? *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12220-7>.
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2008). Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology*, 27(5), 505–512. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.505>.
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2011). Personality and pathways of influence on physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 76–87. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00331.x.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & Von Wagner, C. (2015). Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 30(7), 958–964. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3206-9>.
- Laitinen MH, Ngandu T, Rovio S, Helkala EL, Uusitalo U, Viitanen M, Nissinen A, Tuomilehto J, Soininen H, Kivipelto M: Fat intake at midlife and risk of dementia and Alzheimer's disease: a population-based study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006, 22(1):99–107.
- Lavrencic, L. M., Richardson, C., Harrison, S. L., Muniz-Terrera, G., Keage, H. A., Brittain, K., ... & Stephan, B. C. (2018). Is there a link between cognitive reserve and cognitive function in the oldest-old?. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(4), 499-505. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx140>.
- Leger, K. A., Turiano, N. A., Bowling, W. M., Burris, J. L., & Almeida, D. M. (2021). Personality Traits Predict Long-Term Physical Health via Affect Reactivity

to Daily Stressors. *Psychological Science*, 32(5), 755–765.  
<https://doi.org/10.1177/0956797620980738>.

Lezak, M.; Howieson, D.; Bigler, E.; Tranel, D. *Neuropsychological Assessment*. 5. New York: Oxford University Press; 2012.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J. M., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N. C., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., . . . Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)31363-6).

Livingston, G., Huntley, J. M., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N. C., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., . . . Mukadam, N. (2020b). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6).

Low, L., Harrison, F., & Lackersteen, S. M. (2013). Does Personality affect Risk for dementia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(8), 713–728.  
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.08.004>.

Mace, R. A., Hopkins, S., Reynolds, G. O., & Vranceanu, A. (2022). My Healthy Brain: Rationale and Case Report of a Virtual Group Lifestyle Program Targeting Modifiable Risk Factors for Dementia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(4), 818–830. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09843-2>.

Maldonado, M., Sperandio, R., Dell’Orco, S., Cozzolino, P., Fusco, M. L., Iorio, V. S., Albesi, D. A., Marone, P., Nascivera, N., & Cipresso, P. (2017). The relationship between personality and neurocognition among the American elderly: an epidemiologic study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 13(1), 233–245.  
<https://doi.org/10.2174/1745017901713010233>.

- Madeira T. (2016). *Literacia para a Saúde: o perfil de um conceito em construção* [Master's thesis]. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/52111/1/4851\\_96w50.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/52111/1/4851_96w50.pdf).
- Marcinkiewicz, A.; Reid, S. Attitudes to Dementia: Findings from the 2015 British Social Attitudes Survey; Public Health England, Nat Gen Social Research: London, UK, 2016.
- Marcum, Z. A., Hohl, S. D., Gray, S. L., Barthold, D., Crane, P. K., & Larson, E. B. (2019). Brain Health and Dementia Prevention: A Mixed-method Analysis. *American Journal of Health Behavior*, 43(2), 300–310. <https://doi.org/10.5993/ajhb.43.2.7>.
- Matos, A.P., Firmino, H., Duarte, J., Oliveira, S., Rodrigues, P., Vilar, M. & Costa, J.J. (2019). A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): Estudo com idosos saudáveis e com idosos com perturbações emocionais. *Diagnóstico e Avaliação Psicológica: Atas do 10º Congresso da AIDAP/AIDEP*, pp 210-232. Coimbra: Associação Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica.
- Magalhães, C. (2014). *A importância do apoio domiciliário na intervenção do idoso*. Lisboa: Euedito.
- Medeiros, T., & Miúdo, B.P., & Fialho, A., & Ribeiro, C. (2014). *Envelhecer e Conviver*. Letras Lavadas.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7th ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber. Retrieved from [www.reportnumber.pt/ae](http://www.reportnumber.pt/ae).
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J. C., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1078–1085. <https://doi.org/10.1002/gps.1610>
- Moldes, J., & Silva, A.R. (2022). *Questionário sobre Envelhecimento e Demência*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Nagel, A. K., Loetscher, T., Smith, A. E., & Keage, H. A. (2021). What do the public really know about dementia and its risk factors? *Dementia*, 20(7), 2424–2440. <https://doi.org/10.1177/1471301221997301>.

- Nishita, Y., Tange, C., Tomida, M., Otsuka, R., Ando, F., & Shimokata, H. (2016). Personality and global cognitive decline in Japanese community-dwelling elderly people: A 10-year longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.10.004>.
- Oh ES, Rabins PV. Dementia. *Ann Intern Med*. 2019.
- Oliveira, D., Bosco, A., & Di Lorito, C. (2019). Is poor health literacy a risk factor for dementia in older adults? Systematic literature review of prospective cohort studies. *Maturitas*, 124, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.010>.
- Park DC, Reuter-Lorenz P. The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual review of psychology*. 2009; 60:173–96.
- Pedroso de Lima, M., Gonçalves, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *PSICOLOGIA*, 28(2), 1–10. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i2.534>.
- Ramí, L., Pedret, C. V., Faz, D. B., Caprile, C., Padullés, C. S., Castellví, M., Olives, J., Bosch, B., & Mollinuevo, J. L. (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos em población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurologia*, 52, 195-201.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8(3), 271–276. <https://doi.org/10.2466/pms.1958.8.3.271>.
- Redondo, R. (2021). Prevenção na Demência: fatores de risco modificáveis. *Se-mente*. <https://se-mente.pt/prevencao-demencia-fatores-de-risco-modificaveis/>.
- Rostamzadeh, A., Stapels, J., Genske, A., Haidl, T., Jünger, S., Seves, M., Woopen, C., & Jessen, F. (2019). HEALTH LITERACY IN INDIVIDUALS AT RISK FOR ALZHEIMER'S DEMENTIA: A SYSTEMATIC REVIEW. *JPAD*, 1–9. <https://doi.org/10.14283/jpad.2019.34>.
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). BRIEF-A. Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult Version. Professional Manual. PAR.
- Serper, M., Patzer, R. E., Curtis, L. M., Smith, S. G., O’Conor, R., Baker, D., & Wolf, M. S. (2014). Health Literacy, Cognitive Ability, and Functional Health

- Status among Older Adults. *Health Services Research*, 49(4), 1249–1267. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12154>.
- Salthouse, T. A. (2012). Consequences of Age-Related Cognitive Declines. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 201–226. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100328>.
- Salthouse, T. A. (2009). Decomposing age correlations on neuropsychological and cognitive variables. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 650–661. <https://doi.org/10.1017/s1355617709990385>.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, especial.2. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf>.
- Schiepers, O. J. G., Köhler, S., Deckers, K., Irving, K., O'Donnell, C. A., Van Den Akker, M., Verhey, F. R., Vos, S. J., De Vugt, M. E., & Van Boxtel, M. P. (2018). Lifestyle for Brain Health (LIBRA): a new model for dementia prevention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 167–175. <https://doi.org/10.1002/gps.4700>.
- Scheikh, J. L., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Siette, J., & Dodds, L. (2022). Sociodemographic Associations of Dementia Literacy in Older Australians. *Ageing and Longevity*, 2(4), 252–265. <https://doi.org/10.3390/jal2040021>.
- Singh-Manoux, A., Yerramalla, M. S., Sabia, S., Kivimäki, M., Fayosse, A., Dugravot, A., & Dumurgier, J. (2020). Association of big-5 personality traits with cognitive impairment and dementia: a longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-213014. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213014>.
- Sobral, M., Pestana, M. H., & Paúl, C. (2014). Measures of cognitive reserve in Alzheimer's disease. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 160-168. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0012>.
- Sternberg, R. J. (2005). *Older but not wiser? The relationship between age and wisdom*. *Ageing International*, 30(1), 5–26. doi:10.1007/bf02681005.

- Smith, B. J., Ali, S., & Quach, H. (2014). Public knowledge and beliefs about dementia risk reduction: a national survey of Australians. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-661>.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Harlow: Pearson Education. - References - Scientific Research Publishing. (n.d.). [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqw2orz553k1w0r45\)\)/reference/referencepapers.aspx?referenceid=2814024](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqw2orz553k1w0r45))/reference/referencepapers.aspx?referenceid=2814024).
- United Nations. World Population Ageing 2019 [Internet]. New York (US): Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2020 [cited 2020 Mar 16]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>.
- Van Asbroeck, S., Van Boxtel, M., Steyaert, J., Köhler, S., Heger, I., De Vugt, M., Verhey, F. R., & Deckers, K. (2021). Increasing knowledge on dementia risk reduction in the general population: Results of a public awareness campaign. *Preventive Medicine*, 147, 106522. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106522>.
- Valenzuela, M., & Sachdev, P. S. (2005). Brain reserve and dementia: a systematic review. *Psychological Medicine*, 36(4), 441–454. <https://doi.org/10.1017/s0033291705006264>.
- Verney, S. P., Gibbons, L. E., Dmitrieva, N. I., Kueider, A. M., Williams, M., Meyer, O. L., Manly, J. J., Sisco, S. M., & Marsiske, M. (2019). Health literacy, sociodemographic factors, and cognitive training in the active study of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(4), 563–570. <https://doi.org/10.1002/gps.5051>.
- Zec RF, Markwell SJ, Burkett NR, Larsen DL. A longitudinal study of confrontation naming in the “normal” elderly. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*. 2005; 11:716–26. [PubMed: 16248907]
- Wechsler, D. (2008a). *WMS-III: Escala de Memória de Wechsler – 3.ª Edição*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008b). *WAIS-III: Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição*. Lisboa: CEGOC-TEA [Hogrefe].

- Wechsler, D. (1997). WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition. San Antonio, TX: The Psychological Corporation [Pearson].
- Wolf, M., Gazmararian, J., & Baker, D. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952. doi: 10.1001/archinte.165.17.1946.
- Wolf, M. S., Curtis, L. M., Wilson, E., Revelle, W., Waite, K., Smith, S. G., Weintraub, S., Borosh, B., Rapp, D. N., Park, D. C., Deary, I. J., & Baker, D. (2012). Literacy, Cognitive Function, and Health: Results of the LitCog Study. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1300–1307. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2079-4>.
- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023). Dementia. *www.who.int*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Yaffe, K., Falvey, C., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., Koster, A., Ayonayon, H. N., & Simonsick, E. M. (2013). Effect of socioeconomic disparities on incidence of dementia among biracial older adults: prospective study. *BMJ*, 347(dec19 5), f7051. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7051>.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yoneda, T., Graham, E. K., Lozinski, T., Bennett, D. A., Mroczek, D. K., Piccinin, A. M., Hofer, S. M., & Muñoz-Terrera, G. (2023). Personality traits, cognitive states, and mortality in older adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 124(2), 381–395. <https://doi.org/10.1037/pspp0000418>.



## ANEXOS

### Apêndice A

**Tabela A1**

*Teste Post-Hoc HSD de Tukey com a variável escolaridade.*

			<i>Diferenças entre médias</i>	<i>Sig.</i>
		<i>3ºCiclo</i>	<i>-5.62</i>	<i>.258</i>
<i>Conhecimento dos fatores modificáveis</i>	<i>Ensino Primário</i>	<i>Ensino Secundário</i>	<i>-7.61*</i>	<i>.020</i>
		<i>Ensino Superior</i>	<i>-13.16*</i>	<i>&lt;001</i>

## Apêndice B

**Tabela B1**

*Matriz de correlações de Spearman entre o conhecimento sobre a demência (n=94) e o funcionamento neuropsicológico específico.*

	<i>Conhecimen to sobre os fatores modificáveis</i>	<i>Conheciment o sobre a prevenção da demência</i>	<i>TeLPI_QIE C</i>	<i>Código</i>	<i>TMT A</i>	<i>TMT B</i>	<i>FVS</i>	<i>FVF</i>	<i>QRC</i>	<i>Lista de Palavra s I</i>	<i>Lista de Palavra s II</i>	<i>BRIEF-A</i>	<i>BRIEF-H</i>
<i>Conhecimento sobre os fatores modificáveis</i>	1	-.187	.386**	.104	-.220*	-.194	.072	-.284**	.504**	-.075	-.033	.105	.141
<i>Conhecimento sobre a prevenção da demência</i>	-1.87	1	-.002	.253*	-.012	-.69	-.014	.280**	.022	.192	.044	-.009	-.046
<i>TeLPI_QIE</i>	.386**	-.002	1	.385**	-.395**	-.381**	.369**	.163	.776**	.182	.194	.227*	.237*
<i>Código</i>	.104	.253*	.385**	1	-.417**	-.467**	.346**	.363**	.405**	.325**	.224*	.012	.202
<i>TMT A</i>	-.220	-.012	-.395**	-.417**	1	.646**	-.275**	-.143	-.510**	-.079	-.104	-.011	-.040
<i>TMT B</i>	-.194	-.069	-.381**	-.467**	.646**	1	-.159	-.132	-.444**	-.020	-.069	.082	.013
<i>FVS</i>	.072	-.014	.369**	.346**	-.275**	-.159	1	.423**	.432**	.436**	.276**	-.027	.102
<i>FVF</i>	-.284**	.280**	.163	.363**	-.143	-.132	.423**	1	.198	.439**	.203	-.007	.020
<i>QRC</i>	.504**	.022	.776**	.405**	-.510**	-.444**	.432**	.198	1	.169	.191	.241*	.141
<i>Lista de Palavras I</i>	-.075	.192	.182	.325**	-.079	-.020	.436**	.439**	.169	1	.674**	-.116	.076

<i>Lista de Palavras II</i>	-.033	.044	.194	.224*	-.104	-.069	.276**	.203	.191	.674**	1	-.032	.056
<i>BRIEF-A</i>	.105	-.009	.227*	.012	-.011	.082	-.027	-.007	.241*	-.116	-.116	1	.547**
<i>BRIEF-H</i>	.141	-.046	.237*	.202	-.040	.013	.102	.020	.141	.076	.076	.547**	1

\*p<0.05 \*\*p<0.01

## Apêndice C

**Tabela C1**

*Matriz de correlações de Spearman para a associação entre traços de personalidade e o conhecimento sobre a demência (n=94).*

		<i>Conhecimento dos fatores modificáveis</i>	<i>Conhecimento sobre a prevenção da demência</i>	<i>NEOFFI_N</i>	<i>NEOFFI_E</i>	<i>NEOFFI_O</i>	<i>NEOFFI_A</i>	<i>NEOFFI_C</i>	<i>GDS</i>
<i>Conhecimento dos fatores modificáveis</i>	r de Spearman	1	-.187	<b>-.168*</b>	<b>.204*</b>	<b>.269**</b>	<b>.330**</b>	<b>.473**</b>	.179
	Sig.		.071	.106	.048	.009	.001	<.001	.084
<i>Conhecimento sobre a prevenção da demência</i>	r de Spearman	-.187	1	.178	.021	-.002	<b>-.225*</b>	<b>-.261*</b>	-.084
	Sig.	.071		.086	.842	.984	.029	.011	.419
<i>NEOFFI_N</i>	r de Spearman	-.168	.178	1	<b>-.340**</b>	.086	<b>-.262*</b>	<b>-.238*</b>	<b>.348**</b>
	Sig.	.106	.086		<.001	.412	.011	.021	<.001
<i>NEOFFI_E</i>	r de Spearman	<b>.204*</b>	.021	<b>-.340**</b>	1	.032	<b>.266**</b>	<b>.353**</b>	<b>-.377**</b>
	Sig.	.048	.842	<.001		.762	.010	<.001	<.001
<i>NEOFFI_O</i>	r de Spearman	<b>.269**</b>	-.002	.086	.032	1	<b>.315**</b>	.110	.181
	Sig.	.009	.984	.412	.762		.002	.291	.081
<i>NEOFFI_A</i>	r de Spearman	<b>.330**</b>	<b>-.225*</b>	<b>-.262*</b>	<b>.266**</b>	<b>.315**</b>	1	<b>.488**</b>	.054
	Sig.	.001	.029	.011	.010	.002		<.001	.603
<i>NEOFFI_C</i>	r de Spearman	<b>.473**</b>	<b>-.261*</b>	<b>-.238*</b>	<b>.353**</b>	.110	<b>.448**</b>	1	.106
	Sig.	<.001	.011	.021	<.001	.291	<.001		.308
<i>GDS</i>	r de Spearman	.179	-.084	<b>.348**</b>	<b>-.377**</b>	.181	.054	.106	1
	Sig.	.084	.419	<.001	<.001	.081	.603	.308	

Nota. NEOFPI\_N= NEO-FFI\_Neuroticismo; NEOFPI\_E= NEO-FFI\_Extroversão; NEO-FFI\_O= NEOFPI\_Abertura à Experiência; NEOFPI\_A= NEO-FFI\_Amabilidade; NEOFPI\_C= NEO-FFI\_Conscienciosidade \*p <.05 \*\* p<.01

