

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Impacto da Covid 19 nos sintomas de depressão e
funcionamento cognitivo de um grupo de adultos
mais velhos

Iris Cristina Serra Guerreiro, aluna nº 38184

Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional

Prof.^a Dra. Liliana Meira



Dissertação do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Iris Cristina Serra Guerreiro nº 38184

**Impacto da Covid 19 nos sintomas de depressão e funcionamento cognitivo
de um grupo de adultos mais velhos**

Trabalho realizado sob orientação:

Prof.^a Dra. Liliana Meira

Outubro de 2022

Agradecimentos

Agradecer a todos os adultos mais velhos que participaram neste estudo, por toda a sua
amabilidade.

Agradecer a Dra. Conceição e Dra. Ana por toda a disponibilidade demonstrada ao longo
deste período formativo.

Agradecer a Prof.^a Dra. Liliana por todo o apoio e disponibilidade na supervisão e orientação
deste estudo.

Agradecer a minha família e amigos pelo Vosso apoio.

Obrigado a todos!

Título: Impacto da Covid 19 nos sintomas de depressão e funcionamento cognitivo de um grupo de adultos mais velhos

Resumo: A revisão da literatura sobre o impacto das restrições da Covid 19 nos adultos mais velhos evidenciou maiores sentimentos de solidão, aumento de problemas do foro do humor, aumento dos seus níveis de ansiedade, declínio no seu funcionamento cognitivo e, consequentemente, diminuição da qualidade de vida desta população.

Objetivos: Este estudo pretendeu explorar o impacto da Covid-19 nos sintomas de depressão e funcionamento cognitivo de um grupo de adultos mais velhos integrados numa estrutura residencial.

Método: Procedeu-se à recolha e análise dos dados de avaliação neuropsicológica de uma amostra 70 adultos mais velhos com idade acima dos 65 anos de idade, integrados num centro geriátrico no porto ao longo de quatro períodos, pré-pandemia (2018, 2019) e período pandémico (2020, 2021). As variáveis avaliadas foram o funcionamento cognitivo (MMSE), funcionamento executivo e visuo espacial (Teste do Relógio) e os sintomas depressivos (GDS-15).

Resultados: Conclui-se que não houve impacto da Covid-19 de modo significativo na saúde mental dos adultos mais velhos. Verificou-se uma prevalência alta de processos demenciais e presença de sintomas de depressão geriátrica. O funcionamento cognitivo geral está mais comprometido em idades mais avançadas e os sintomas depressivos em idade menos avançada. O sexo feminino tem maior prevalência de declínio cognitivo do que os participantes do sexo masculino.

Palavras-chave: Depressão, Demência, Covid 19, Adultos mais velhos

Title: Covid- 19 impact on depression symptoms and cognitive functioning on a group of older adults

Abstract: Research review about impact of covid 19 on older adults indicates that this group of individuals has higher levels of anxiety, loniless, increase of humor desregulation, higher levels of cognitive impairment, and less life quality.

Objective: The porpuse of this essay is to explore the impact of covid 19 on depression symptoms and cognitive functioning on a group of older adults in a residencial.

Procedures: Data was collect from the neupsichology evaluation reports of 70 participants older adults in four diferente periods of time, representing before (2018, 2019) and after (2020, 2021) the pandemic. The analysis was cognitive (MMSE) and executive functioning (CDT) and depressive symptoms (GDS-15).

Results: The results demonstrated that there were no significant evidence of Covid-19 impact on this group of older adults. There is a high level of cognitive impariment and depressive symptoms among the participants. Older adults with advanced age have more probability of cognitive imparment and in early geriatric age more depressive symptoms. Older women have more probability of cognitive impairment then older men.

Key Words: Depression, dementia, Covid-19, older adults

Índice

Introdução	1
Capítulo I. Enquadramento Teórico	2
1.1 Definição de Envelhecimento	3
1.2 Envelhecimento Demográfico	4
1.3 Envelhecimento Normativo e Envelhecimento Patológico	6
1.4 Envelhecimento e Depressão	9
1.4.1 Caracterização	9
1.4.2 Prevalência	10
1.5 Envelhecimento e Demência	11
1.5.1 Caracterização	11
1.5.2 Prevalência	13
1.6 Envelhecimento e o Impacto Covid 19	14
 Capítulo II. Estudo Empírico	 21
2.1 Método	21
2.1.1 Participantes	22
2.2.1 Instrumentos	26
2.2.1.1 <i>Mini-Mental State Examination</i> – MMSE	26
2.2.1.2 Teste do Relógio – Clock Drawing Test	27
2.2.1.3 Escala Geriátrica de Depressão – 15 (GDS-15)	28
2.3 Procedimentos	28
2.3.1 Procedimento de amostragem	29
2.3.2 Procedimentos de recolha de dados	30
2.3.3 Procedimentos de tratamento dos dados	30

3. Resultados	31
4. Discussão dos Resultados	38
5. Conclusão	46
Referências Bibliográficas	49
Anexos	59

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos grupos independentes de participantes por ano	23
Tabela 2. Dados descritivos do nível de funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e sintomatologia depressiva dos grupos de participantes: 2018, 2019, 2020 e 2021	32
Tabela 3. Dados descritivos qualitativos dos níveis de funcionamento cognitivo e visuo-espacial, e sintomas depressivos pré-pandemia e após o início da pandemia.	33

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução dos níveis de funcionamento cognitivo nos quatro grupos temporais 35

Figura 2. Evolução dos níveis de funcionamento executivo nos quatro grupos temporais 36

Figura 3. Evolução dos níveis de sintomas depressivos nos quatro grupos temporais 37

Abreviaturas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

DA – Demência de Alzheimer

DGS – Direção Geral de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da Imunodeficiência

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

PNC – Perturbações Neuro Cognitivas

PNL – Perturbação Neurocognitiva Ligeira

PNM – Perturbação Neurocognitiva Major

Introdução

Este estudo decorreu no âmbito do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Maia. Surgiu no contexto pandémico por Covid-19 experienciado no ano letivo 2021/22 e envolveu um grupo de adultos mais velhos integrados em regime residencial num centro geriátrico no porto (local de estágio curricular da aluna).

O objetivo principal do estudo consistiu em explorar se existiu impacto da Covid-19 no funcionamento cognitivo e nos sintomas depressivos de um grupo de adultos mais velhos integrados em regime residencial.

Observou-se que a pandemia Covid-19 trouxe uma série de constrangimentos e limitações no que respeita aos contactos sociais e interpessoais, partilha de espaços sociais comuns, diminuição e restrições nas atividades de grupo e de participação social neste grupo populacional. De modo geral alterou o modo de relacionamento com o outro, para evitação da propagação do vírus, resultando na diminuição da interação social e aumento do isolamento social do indivíduo. Parte-se do pressuposto que esta diminuição da participação social e isolamento terá impacto no foro psicológico do adulto mais velho e que este deve ser alvo de estudo.

Considerou-se ser pertinente explorar qual a evolução do funcionamento cognitivo e dos sintomas depressivos num grupo de adultos mais velhos ao longo do período pré pandemia e pós pandemia para aprofundar o conhecimento sobre a influência que os contextos epidemiológicos e sociais adversos na sua saúde mental.

Possibilitar também, de acordo com os dados obtidos, a reflexão sobre eventuais medidas de intervenção psicológica que possam mitigar os problemas de saúde mental causados ou exacerbados pela pandemia.

A organização deste estudo está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo está dedicado à revisão da literatura sobre as últimas noções do processo de envelhecimento,

normativo e patológico. Aborda as caracterizações da depressão e demências e a qual a sua prevalência atual. Termina com o aprofundar, de modo mais detalhado, sobre o que as últimas evidências científicas sugerem sobre o impacto da Covid-19 na saúde mental dos adultos mais velhos.

O segundo capítulo descreve o estudo empírico realizado, quais os seus objetivos, a metodologia utilizada, a caracterização dos participantes envolvidos neste estudo, os instrumentos utilizados e quais os procedimentos adotados. Apresenta-se os resultados obtidos e procede-se à sua discussão através de uma reflexão crítica tendo em conta os objetivos do estudo.

Proceder-se-á por fim à conclusão do estudo, referenciando os seus limites e eventuais recomendações que possam advir para a prática clínica com os adultos mais velhos.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

A pandemia Covid-19 consistiu num evento de grande impacto ao nível mundial, experienciado pela primeira vez neste século XXI, pelo que urge a necessidade de se investigar este fenómeno e as suas implicações na saúde mental. Neste enquadramento, segue-se uma revisão da literatura sobre o conceito de envelhecimento e o que caracteriza o processo de envelhecimento normativo do indivíduo ao nível físico, psicológico e social. Depois aborda-se o processo patológico de envelhecimento do adulto mais velho pelo aprofundar das duas variáveis em questão no presente estudo, a depressão geriátrica e as demências. Será descrito o que as últimas evidências referem quanto à sua caracterização e prevalência nos adultos mais velhos. Por fim, aprofunda-se o tema em foco do estudo pela caracterização da pandemia Covid-19, as suas principais restrições e constrangimentos. Detalha-se depois os estudos que têm sido realizados, o que têm evidenciado sobre o impacto nos adultos mais velhos ao nível da sua

saúde mental e, em específico, que evidências sugerem sobre o impacto ao nível do funcionamento cognitivo, executivo e nos sintomas depressivos.

1.1 Definição de Envelhecimento

O processo de envelhecimento é complexo e multifacetado que faz parte do ciclo de vida do indivíduo e engloba alterações e transformação ao nível físico, psicológico e social. É um processo universal e inevitável a todos os indivíduos que envolve a degeneração do organismo física e mentalmente e que afeta a capacidade de autonomia e a funcionalidade no dia a dia do adulto mais velho (Santos et al., 2019).

O envelhecimento começa a evidenciar-se entre os 60 e os 65 anos de idade do indivíduo, devido às várias mudanças físicas e psicológicas que se começam a manifestar, sendo caracterizado por ser um processo dinâmico cuja complexidade ultrapassa o conceito da idade cronológica. De acordo com Oliveira (2010) é “um processo que devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo.” (cit in. Oliveira, 2010, p. 32).

O processo de envelhecimento comporta várias dimensões que podem ou não envelhecer ao mesmo ritmo, dependente de vários fatores, externos e internos, que constroem o desenvolvimento de cada indivíduo ao longo da vida. Estes diferentes ritmos designam-se por as várias idades que o indivíduo tem ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, que são: a idade biológica, psicológica e a social (Lima, 2012).

A idade biológica está relacionada com o processo de degeneração física que ocorre num organismo, desde que nasce até que morre, sendo a fase de envelhecimento o último estado do organismo (Hamilton, 2000). A idade psicológica encontra-se relacionada com capacidades comportamentais, como a memória, a inteligência e a motivação para a ação, que o indivíduo

aciona relativamente aos eventos e estímulos do ambiente. (Fontaine, 2000). A idade social é referente aos papéis e o estatuto que o indivíduo vai adquirindo na sociedade, e que no processo de envelhecimento está muito interligado por exemplo com a passagem à reforma (Fontaine, 2000).

Podemos assim definir que o processo de envelhecimento, segundo Fontaine (2000), “é um processo diferencial (variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objetivos (degradações físicas, diminuição dos funcionamentos perceptivo e mnésico, etc.) e também dados subjetivos que constituem de facto a representação que a pessoa faz do seu envelhecimento.” (Fontaine, 2000, p. 23).

1.2 Envelhecimento Demográfico

Segundo a ONU ao nível mundial a população idosa está a crescer a um ritmo mais acelerado que a população jovem. Estima-se que os adultos mais velhos com mais de 60 anos de idade duplique até 2050 (ONU, 2019).

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicam-nos que Portugal segue a mesma tendência, e em 2020 teve um índice de envelhecimento de 165,1 o que significa que existem, em proporção 165.1% mais idosos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos de idade. No concelho da Maia o índice de envelhecimento no ano de 2020 foi de 128,4 (INE, Portada; 2021).

Segundo as últimas projeções do INE até 2080 estima-se que o índice de envelhecimento em Portugal duplicará passando para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, Portada; 2021).

A realidade socio demográfica atual é assim de uma população envelhecida com implicações diretas no bem-estar psicológico do idoso tornando-se uma preocupação crescente nas políticas de saúde mental (DGS, 2017).

O processo de envelhecimento comporta consigo uma componente fortemente biológica do organismo que à medida que envelhece mais patologias, de natureza crónica, surgem associada. As doenças crónicas são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidade sendo que destas 20,5% são perturbações do foro psicológico e comportamental (DGS, 2017).

Neste sentido, Gonçalves-Pereira et al. (2016) realizaram um levantamento de dados da população portuguesa para avaliação da implementação da metodologia 10/66-DRG para estudo da prevalência da demência e da depressão geriátrica no nosso país. Para tal foram seleccionados 702 e 779 participantes, respetivamente, de uma zona rural e de uma zona urbana. Sublinharam o impacto que os quadros clínicos associados ao envelhecimento, como a demência e a depressão geriátrica, têm nos adultos mais velhos, suas famílias e na sociedade em geral. A fundamentação que conduziu ao seu estudo foi precisamente a lacuna de dados científicos fidedignos e pouca investigação que existe nesta área a nível nacional. Os estudos são poucos ou pouco reproduzíveis existindo a necessidade de se apostar na investigação desta população (Gonçalves-Pereira et al, 2016).

Este tipo de doenças do tipo neurológico e mental, como a demência e a depressão têm uma grande influência na qualidade de vida do indivíduo. Por norma, implicam ao longo do tempo, uma perda de autonomia e aumento de dependência em alguma das atividades básicas de vida diárias (ABVD's) do idoso (Pimentel, 2000).

Strategy et al. (2015) citado por DGS (2017, p.10) refere que para “um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades e manutenção da capacidade funcional” parte de uma forte aposta na deteção e acompanhamento destas doenças crónicas do foro físico e mental do idoso (DGS, 2017).

É necessário sublinhar a urgência de se intervir junto dos idosos, particularmente a refletir sobre as especificidades desse grupo, em termos de avaliação psicológica e instrumentos, mais adaptados ao seu desenvolvimento (Simões, 2012).

Em suma, assistimos a uma transformação demográfica na nossa sociedade devido ao aumento da longevidade do indivíduo que se traduz em vários desafios. Se por um lado, significa um ganho social por se ter alcançado uma maior esperança de vida, por outro também, se traduz num aumento de doenças associadas ao processo de envelhecimento, do foro físico e psicológico, que deve ser alvo de avaliação, monitorização e intervenção específicas.

1.3 Envelhecimento normativo e Envelhecimento patológico

O processo de envelhecimento normal, também designado por senescência, consiste nas transformações biológicas e psicológicas que sucedem gradualmente ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Estudos realizados de modo longitudinal verificaram que os padrões de envelhecimento são heterogêneos sugerindo diferentes trajetos no processo de envelhecimento normal. Decorrente dos ritmos e variação, considera-se que a pessoa pode experienciar um processo de envelhecimento normal, patológico ou bem-sucedido (Lima, 2012).

Ao nível físico ocorrem as alterações mais visíveis e universais que acontecem a todo o indivíduo que envelhece. Alterações como o aparecimento de rugas, cabelos brancos, perda de massa óssea e muscular, redução do equilíbrio, força e celeridade (Oliveira, 2010).

Para além destas alterações visíveis, à medida que envelhecemos outras perdas se sucedem no campo das capacidades sensoriais e perceptuais, habitualmente, a aptidão visual e auditiva (Besdine, 2019). Esta dimensão do envelhecimento e respetivos sintomas físicos são importantes fatores para a alteração do comportamento do adulto mais velho e estão com frequência associados a queixas na medicina geriátrica. É importante sublinhar que as queixas de dor física é o fator que com maior frequência compromete o funcionamento psicológico e

físico do adulto mais velho, com impacto no seu bem-estar e qualidade de vida (Lima, Oliveira & Godinho 2011).

Envelhecer não significa que os adultos mais velhos têm maior probabilidade de desenvolver perturbações psicológicas, pelo contrário, a grande maioria, enquadra-se dentro de um processo normativo de envelhecimento (Vacha-Haase, 2012).

O processo de envelhecimento normativo, ao nível do funcionamento cognitivo, caracteriza-se pela perda da capacidade dos processos de atenção e perda da capacidade cognitiva sem atingir o nível demencial. As queixas mais frequentes dos idosos são a perda de memória (Rebock et al, 2012). Esta perda de memória ou falhas mnésicas, associadas à idade, estão relacionadas com o envelhecimento cerebral ao longo do ciclo de vida do organismo. Os idosos têm assim problemas em recordar, e na velocidade com que recordam comparativamente à sua idade jovem (Besdine, 2019). Esta lentificação da velocidade de processamento pode afetar as tarefas relacionadas com a capacidade da atenção, a memória de trabalho, e as funções executivas e visuo espaciais como a capacidade de planeamento e tomada de decisões. Estas capacidades são importantes para a realização de tarefas do dia a dia, que afetam, em última instância, a qualidade de vida do indivíduo. As pesquisas têm indicado que a perda de memória pode ser revertida e otimizada através de programas de treino de memória nos adultos mais velhos com idade avançada (Rebock et al, 2012).

De sublinhar por último, que o envelhecimento normativo cognitivo está associado a perda de memória associada e declínio cognitivo ligeiro, mas esta perda, não coloca em causa o funcionamento em termos comportamentais do adulto mais velhos (Jessen, Amariglio & Buckley, 2020).

Ao nível social, o processo normativo de envelhecimento, envolve eventos externos marcantes, relacionados com as perdas de pessoas significativas como o parceiro, familiares, a passagem à reforma, integração em estruturas residenciais para idosos, maior probabilidade de

isolamento social e solidão com a idade avançada. Apesar dos últimos estudos indicarem que os adultos mais velhos lidam melhor com estas transições de vida do que quando eram jovens, alguns manifestam problemas em estabelecer e manter relações (Hinrichesen, 2020).

Por outro lado, o envelhecimento patológico difere do processo de envelhecimento normativo devido ao declínio mais abrupto, ao nível físico e psicológico, que num curto espaço de tempo, deixa o indivíduo sem funcionalidade diária, dependente de assistência de terceiros para a realização da maioria das suas atividades diárias, levando, na sua última etapa à morte (Oliveira, 2010).

As doenças, algumas crónicas, que surgem com maior prevalência e que caracterizam o envelhecimento patológico são as “doenças cardiovasculares, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, doenças músculo-esqueléticas, depressão e demência” (cit. in Simões, 2012, p. 10).

É importante notar que os sinais e sintomas nas fases iniciais do envelhecimento patológico, de certas patologias, nomeadamente no caso das demências ou depressão, podem ser por vezes, confundidos com o processo de envelhecimento normativo. O diagnóstico deve assim observar sempre as mudanças no funcionamento atual que o indivíduo manifesta por comparação ao nível prévio da pessoa. (DSM – 5, 2014).

Por último, caracterizar o conceito do processo de envelhecimento bem-sucedido. Este conceito assenta na noção de que o processo de envelhecimento não se define pela presença ou não de patologias, mas por indicadores que indicam o bem-estar subjetivo e auto percebido do adulto mais velho como a satisfação com a vida, felicidade, participação social (WHO, 2015).

Este conceito introduz conceitos nesta última etapa do desenvolvimento como a reserva e plasticidade cognitiva do indivíduo, e aposta em intervenções baseadas no treino e estimulação cognitiva para reverter e/ou adiar o declínio cognitivo associado aos processos de envelhecimento normativo ou patológico. Coloca a tónica na qualidade de vida e na perceção que o adulto mais velho tem sobre o seu trajeto de envelhecimento. (Lima, 2012).

1.4 Envelhecimento e a Depressão

1.4.1 Caracterização

A depressão no adulto mais velho, caracteriza-se no geral, pela diminuição das capacidades cognitivas, afetivas e motivacionais, dificuldades de concentração, perda de gosto pela vida (risco de suicídio). Não se manifesta de modo muito diferente do que noutras idades, mas denota-se algumas diferenças quando comparados aos jovens, onde mais facilmente um idoso apresenta uma queixa de falta de motivação e prazer nas atividades diárias do que humor depressivo (Hinrichsen & Clougherty, 2006). As queixas mais frequentes são a falta de esperança, perturbações do sono, fadiga, problemas de memória (Hinrichsen & Clougherty, 2006).

As causas da depressão podem ser agrupadas, em internas ou orgânicas e causas externas ou ambientais. Sendo que no idoso, as causas internas da depressão encontram-se essencialmente relacionadas, com as doenças e degeneração físicas, e as ambientais relacionadas com o sentimento de solidão, luto pelo cônjuge ou familiar significativo, a percepção de ser tornar um peso para a família de suporte, um divórcio, um processo de institucionalização (Oliveira, 2010).

Com frequência a depressão nos idosos é subdiagnosticada porque pode estar associado a um quadro de demência (DGS, 2017), à perda de um parceiro, a doenças físicas crónicas, ou ao isolamento social (Birdsey, 2020). Esta situação de subdiagnóstico da depressão geriátrica ocorre porque com frequência se atribui a causa dos sinais e sintomas depressivos, como por exemplo, a fadiga, as perturbações do sono, ao próprio processo de envelhecimento e respetivas doenças fisiológicas associadas (Almeida et al, 2012; Sahni et al, 2020).

A sintomatologia depressiva não diagnosticada subsiste com frequência com outras patologias físicas ou cognitivas afetando a funcionalidade e qualidade de vida do adulto mais velho, com probabilidade de aumento da mortalidade ou risco de suicídio (Gajović et al, 2021).

Outro aspeto que pode influenciar o diagnóstico de perturbação depressiva geriátrica é a sua comorbilidade com a demência. Esta relação entre ambas as doenças é complexa e pode mascarar o diagnóstico de cada, uma vez que, os sinais e sintomas iniciais, como apatia, a perda de memória, a desorientação espacial e temporal, alterações dos padrões de sono, podem ser comuns a ambas as patologias (Mukku et al., 2021).

Nesta linha, vários autores defendem a caracterização de depressão geriátrica com definição de critérios mais específicos, enquadrados no contexto da população geriátrica uma vez que consideram que os critérios internacionais definidos na DSM-5 e ICD-10 podem induzir em subdiagnósticos da sintomatologia depressiva (Hinrichsen & Clougherty, 2006; Gonçalves-Pereira, 2016).

A menor capacidade de estratégias de *coping* para lidar com fatores ou eventos de stress, traduz-se num ajustamento à realidade mais pobre com implicações na saúde física e mental do adulto mais velho (Luoie, CHan & Cheng, 2021). Os sentimentos de solidão causados pelo isolamento resultam em humor deprimido, declínio cognitivo, alterando a regulação do sistema imunitário resultando em doenças físicas, a capacidade de concentração e alterações dos padrões de sono (Grolli, 2021).

Importa referir que nem todos os adultos mais velhos perante eventos adversos, internos ou externos, desenvolve uma perturbação depressiva. Nesta matéria, as evidências referem que os fatores de proteção que os adultos mais velhos como por exemplo a resiliência, estratégias de *coping*, o sentimento de mestria (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009), a prática de atividade física e participação social (Ramos, 2019), previnem e minimizam a probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

1.4.2 Prevalência

A depressão geriátrica é o problema de saúde mental mais frequente nos adultos mais velhos. De acordo com a OMS mais de 15% da população com mais de 60 anos de idade tem uma perturbação mental, a qual a depressão é a mais frequente (WHO, 2017). Estima-se que atualmente cerca de 10 a 20% da população idosa sofra de depressão (Brañez-Condorena, 2021).

Também neste sentido o Plano nacional de saúde mental de 2017 indica que a depressão é o problema do foro psicológico com maior prevalência nos adultos mais velhos portugueses. Indica que na generalidade da população portuguesa a depressão tem uma prevalência de 17% (DGS, 2017).

Um estudo português realizado com o objetivo de determinar a prevalência da depressão, ansiedade e stress e analisar com as suas relações com a idade, sexo, escolaridade, percepção sobre o estado de saúde, abrangeu 207 participantes e decorreu numa unidade de saúde do Norte. Os resultados obtidos evidenciaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão nos indivíduos acima dos 65 anos de idade, evidenciando que a depressão é um problema de saúde mental comum nesta faixa etária (Chyczij et al., 2020).

Relativamente a relação entre a depressão e variáveis socio demográficas, vários estudos têm evidenciado que a depressão surge com maior prevalência no sexo feminino (Sousa et al, 2010; Sahni et al, 2020), em adultos mais velhos divorciados ou viúvos (Sousa et al, 2010; Almeida et al, 2012; Sahni et al, 2020), com menor escolaridade (Sousa et al, 2010; Almeida et al, 2012; Chyczij et al., 2020) e que se encontram integrados em instituição ou em contextos hospitalares (Gonçalves-Pereira et al, 2016).

1.5 Envelhecimento e as Demências

1.5.1 Caracterização

As demências ou perturbações neurocognitivas (PNC) são as perturbações mais expressivas do envelhecimento cerebral patológico. São uma síndrome caracterizada pela perda progressiva do funcionamento cognitivo e consiste numa das causas principais de perda de funcionalidade dos idosos e da sua autonomia (Fontaine, 2000).

Sendo uma doença degenerativa crónica, traduz-se num declínio global e irreversível da cognição, que pode ocorrer em qualquer idade, com maior incidência nos adultos mais velhos a partir dos 65 anos. Os tipos mais comuns de perturbações neurocognitivas são a doença de alzheimer, demência vascular, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal e demência associada ao HIV (Jessen, Amariglio & Buckley, 2020).

As perturbações neurocognitivas têm várias fases de manifestação que podem ser consideradas por fase assintomática ou pré-clínica, fase pré-demencial, e, por último fase demencial. Podem ser ainda categorizadas por diferentes níveis, tais como, ligeira, moderada a grave, e consequentemente, designadas por perturbação neurocognitiva ligeira (PNL) e perturbação neurocognitiva major (PNM) (DSM 5, 2014).

Caracterizam-se por um declínio cognitivo contínuo, onde o diagnóstico é baseado essencialmente na avaliação neuropsicológica. Para realizar o diagnóstico diferencial é importante distinguir as demências do declínio cognitivo ligeiro e da perda de memória associada ao envelhecimento normal (Jessen, Amariglio & Buckley, 2020).

De um modo geral os principais sintomas de demência podem ser caracterizados por: diminuição do interesse pelas coisas e pela vida, dificuldade em tomar decisões, irritabilidade, desconfiança, impaciência, desorientação temporal e espacial, descuido da autoimagem e higiene pessoal, disartria, alterações do raciocínio, repetição de ideias e perda da memória recente (Oliveira, 2010).

Um dos principais sintomas iniciais da síndrome demencial são as falhas mnésicas que consistem inicialmente em esquecimentos da vida diária do indivíduo, dificuldade em gerir

dinheiro, a incapacidade para reter nova informação e assim efetuar novas aprendizagens. A orientação em novos lugares fica perturbada e atividades que requeiram concentração são alteradas, como por exemplo ter um seguimento numa conversa, ver um filme de início ao fim (Manning, 2005). A este tipo de caracterização denomina-se uma demência na fase ligeira.

Quando o funcionamento nestas atividades afeta o dia a dia do individuo torna-se moderada. A categorização de demência grave, dá-se no estado final quando o funcionamento do individuo está severamente comprometido caracterizado por dependência total de terceiros para subsistir. O diagnóstico de demência significa na sua evolução, um declínio constante e progressivo, com uma duração de 8 a 10 anos até à morte do individuo (Manning, 2005).

A demência está habitualmente associada à perda de memória, contudo outros sintomas estão associados às demências e podem ser: apatia, depressão, irritabilidade, desconfiança, impaciência, desorientação temporal e espacial, descuido da autoimagem e higiene pessoal, disartria, alterações do raciocínio, repetição de ideias (DSM-5, 2014).

Estes sintomas podem ainda ser categorizados de acordo com as três fases temporais em que se manifestam: na primeira fase surge depressão, irritabilidade e alteração do sono; na segunda, ansiedade, agitação, apatia, alterações dos hábitos alimentares; e na terceira fase, delírio, alucinações, desinibição e alterações motoras (Masters et al. citado por Bretonniere, 2020).

1.5.2 Prevalência

Os valores estimados de prevalência da Perturbação Neurocognitiva Major aos 65 anos de idade cerca de 1 a 2%. Nos indivíduos com idade igual ou superior aos 85 anos de idade estes valores sobem para 30% (DSM 5, 2014). Os valores estimados para o défice cognitivo ligeiro rondam os 2 a 10% aos 65 anos de idade e os 5 a 25% aos 85 anos de idade. (DSM 5,

2014). A probabilidade de uma pessoa a partir dos 65 anos de idade desenvolver um tipo de demência duplica a cada 5 anos (DGS, 2017), constituindo assim um fator de risco.

Um relatório realizado pela Alzheimer Europe (2019), sobre a prevalência de demências indicou, que em Portugal, no ano de 2018, 1,88% da população apresentava diagnóstico de demência (Alzheimer Europe, 2019). Ainda relativamente à realidade portuguesa, a prevalência de demência na população de adultos mais velhos é de 20,8% (Justo-Henriques et al, 2020).

Relativamente a relação entre as demências e variáveis socio demográficas, um dos fatores de risco que aumenta a probabilidade de desenvolvimento das demências é a idade, acima dos 65 anos, a probabilidade de se desenvolver esta patologia aumenta. Outro fator evidenciado é que as demências têm maior prevalência nas mulheres do que os homens (Alzheimer Association, 2020).

Um estudo realizado por Hoben et al. (2019) com o objetivo de determinar os níveis de prevalência da depressão num centro residencial para idosos no Canadá verificou que 40,1% dos residentes ($N=11445$) apresentavam sintomas depressivos. A comorbilidade com a sintomatologia depressiva mais comum foi o declínio cognitivo. Nesta linha concluíram que o declínio cognitivo no adulto mais velho aumenta o risco de depressão (Hoben et al., 2019).

Com base no exposto podemos concluir que a relação entre a depressão e as demências é complexa assente na sua frequente comorbilidade. Constituem as duas perturbações da saúde mental mais frequentes no processo do envelhecimento patológico. As evidências dos estudos efetuados indicam maior probabilidade de depressão em adultos mais velhos com declínio cognitivo, que detenham poucas ou pobres estratégias de *coping*, em isolamento, sentimento de solidão e menor participação social.

1.6 Envelhecimento e o Impacto Covid 19

O coronavírus foi identificado pela primeira vez em Wuhan (China) em dezembro de 2019 (Xiong, Yi, & Lin, 2020). Este vírus dissiminou-se rapidamente por todo o mundo e foi, então, declarado no dia 30 de janeiro de 2020 como uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde (Nie, Su, Zhang, Guan, & Li, 2020).

Os sintomas físicos deste vírus englobam tosse, febre e dificuldades respiratórias. Além deste vírus ser mortal, há uma preocupação acrescida tendo em conta que ainda há pouco conhecimento acerca deste, nomeadamente acerca da sua fisiopatologia e do modo de transmissão (Morley, Grady, McCarthy, & Ulrich, 2020).

Constatou-se, inicialmente na China, depois Itália e nos EUA que a maioria dos casos mortais por contração do coronavírus foram os adultos mais velhos. Em Itália verificou-se que 9 em cada 10 mortes ocorreu em indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos de idade. A taxa de mortalidade para idosos foi de 29,6%. Nos EUA as mortes por Covid-19 nos mais velhos representaram 80% dos casos (Grolli et al., 2021).

Particularmente nos adultos mais velhos, as principais complicações da Covid-19 podem incluir alterações severas do miocárdio, arritmias, e ataques, bem como, a probabilidade afetar funções dos órgãos vitais e o risco de morte aumenta quando esses têm associadas doenças crónicas como diabetes tipo 2, hipertensão, doenças vasculares cerebrais e do coração, e doenças respiratórias, entre outras (Grolli et al., 2021).

Devido a estas evidências empíricas, de maior disseminação e gravidade da Covid-19 associado ao fator idade, os adultos mais velhos foram classificados como um grupo de risco. Assim, com vista a diminuir a propagação do vírus, e para proteger este grupo em particular, foram implementadas medidas de distanciamento físico restritivas. As estruturas de suporte de ocupação de tempos livres, fisioterapia, residências, entre outras, foram encerrados ou limitados nas suas atividades e valências. Estas alterações e modificações na vida quotidiana vieram

aumentar o isolamento para muitos adultos mais velhos que já de si, tinham um risco maior de isolamento social (Bo Xie, 2021).

Neste sentido, também o Governo português declarou no dia 18 de março o estado de emergência aplicando uma série de medidas extraordinárias de restrição de direitos e liberdades (Decreto nº 2-A/2020 do Dr nº 57/2020 de 20 março de 2020). Destaco as medidas de contingência adotadas de qualquer natureza social, com objetivo de evitar o contacto físico e pessoal e ainda o especial dever de proteção dos indivíduos com idade igual ou superior aos 70 anos espelhado no artigo 4.º da disposição legal já referida. (Decreto nº 2-A/2020 do Dr nº 57/2020 de 20 março de 2020).

Ao nível das estruturas residenciais para idosos, no sentido de mitigar focos de infeção do vírus covid – 19, foram decretadas várias medidas pela Direção Geral da Saúde, em março de 2020 mediante a orientação 009/2020 devido à evidência do impacto do covid 19 em pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos de idade. Neste documento são decretados os procedimentos para as estruturas residenciais para idosos (ERPI) que consistem na restrição de visitas de familiares, o contacto social e físico entre os residentes e os técnicos, medidas de isolamento profilático, que traduziram uma grande alteração do modo de vida dos seus residentes (DGS, 2020).

De acordo com o relatório final “Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID19” (2020), desenvolvido por Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em Portugal, estas medidas tiveram impacto na saúde mental da população em especial nos grupos mais vulneráveis com aumento dos níveis de depressão, ansiedade, *stress* pós-traumático e *burnout* considerando fundamental a adopção de medidas que intervenham na perturbação psicológica e promova o bem estar da saúde mental da nossa população (Almeida, 2020).

Os estudos indicam que o isolamento social e a solidão são fatores de risco significativos com resultados negativos na saúde (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Courtin & Knapp, 2017;

Hayasgi et al., 2020). Neste sentido, um estudo que decorreu na Sérvia com o objetivo de determinar os indicadores, níveis de participação social e sintomas depressivos nos adultos mais velhos em contexto de isolamento social devido à Covid-19 e a influência do tipo de habitação nessas variáveis. Envolveu 299 participantes e os seus resultados confirmaram uma forte relação entre a participação social e os sintomas depressivos na pandemia Covid-19. Concluíram que quanto menor foi a participação social maior a probabilidade de desenvolvimento de sintomas depressivos. Concluíram ainda que relativamente ao tipo de habitação, as medidas da Covid-19 tiveram mais impacto na saúde mental dos adultos mais velhos integrados em residências para idosos (Egeljic-Mihailovic et al., 2021).

Outro fator de risco com impacto na saúde psicológica e física refere-se à solidão percebida pelos adultos mais velhos durante o confinamento pela Covid 19. Um estudo realizado no Reino Unido partiu da premissa que o fator solidão se associa a uma maior comorbilidade psiquiátrica. Tentaram assim perceber se as restrições durante o confinamento social podem ter afetado os idosos, pelo aumento do sentimento de solidão. Esta investigação desenvolveu-se através da análise da palavra solidão, ao longo de 16 semanas (durante o período pandémico) e envolveu 1991 referências que os participantes efetuaram junto de serviços de saúde mental para adultos mais velhos. Os resultados verificaram que existiu um aumento à referência da palavra solidão e paralelamente um aumento de comportamento de risco. Concluíram assim que a solidão está associada a sintomas mais severos em doenças do foro afetivo, funcionalidade e aumento do consumo de antidepressivos nos adultos mais velhos (Greig et al., 2021).

Paralelamente, é interessante notar, uma revisão da literatura científica, desenvolvida por Parlapani et al. (2021), sobre os estudos realizados durante a fase aguda da pandemia, e pretenderam avaliar o impacto psicológico da covid-19 nos adultos mais velhos comparativamente aos mais jovens. Esta revisão da literatura incluiu 18 estudos que utilizaram

na sua metodologia instrumentos psicométricos válidos e fidedignos para a sintomatologia depressiva e a ansiedade. Verificaram que apesar de durante a pandemia os adultos mais velhos terem reportado maior sentimento de medo de contrair o vírus, não manifestaram mais sintomas de ansiedade. Relativamente à depressão não houve resultados que sugerissem de modo significativo o aumento da sua sintomatologia. No geral concluíram que os adultos mais velhos com idades entre os 71 e os 80 anos não manifestaram sinais do impacto da Covid-19 quando comparados com jovens adultos. Mostraram ainda que quanto mais idade avançada, menor a probabilidade de manifestar sintomatologia depressiva, stress, ansiedade. Paralelamente, adultos mais velhos com idades entre os 65 e os 75 anos já apresenta maior vulnerabilidade psicológica ao impacto da covid-19 (Parlapani et al., 2021).

Por outro lado, um estudo com o objetivo de avaliar o impacto covid-19 no bem-estar e funcionamento cognitivo do adulto mais velhos, desenvolvido por Pue et al., (2021), envolveu 640 participantes recrutados através das redes sociais. Observou que houve declínio no bem-estar, atividade social e qualidade de sono no período pandémico dos participantes por comparação ao período pré-pandémico. Foi um estudo que sublinhou que os seus resultados não vão de encontro às evidências dos estudos iniciais, realizados durante o período pandémico que indicam não existir um impacto significativo no bem-estar do adulto mais velho devido a covid-19 (Pue et al, 2021).

A perda de memória dificulta a capacidade de compreensão do individuo com demência com o que o rodeia. A Covid-19 resultou numa alteração de rotinas, em episódios de isolamento total devido a infeção, entre outras situações de manifesta imprevisibilidade tornando o individuo com demência particularmente vulnerável (Lara et al., 2020).

Os adultos mais velhos com demências apresentam dificuldade ou podem não compreender, as alterações nas suas rotinas, e ficar agitados uma vez que a rotina lhes transmite previsibilidade e segurança. Assim durante a pandemia adultos com demência em situação de

isolamento e solidão que habitualmente estavam com os seus cuidadores podem manifestar emoções fortes (Tousi, 2020).

Nesta linha, um estudo procurou avaliar se os sintomas neuropsiquiátricos associados à demência de alzheimer durante o confinamento por Covid-19 se agravaram. A amostra foi constituída por 38 cuidadores de pacientes com demência de alzheimer (DA) que se encontravam em confinamento social há pelo menos 2 meses. Os resultados evidenciaram que entre a amostra de 38 pacientes, apenas 10 manifestaram agravamento dos sintomas durante o tempo de confinamento enquanto os restantes não apresentaram alterações significativas. Analisada as diferenças substanciais entre estes participantes, verificaram que aqueles que apresentaram maior agravamento dos sintomas já detinham um comprometimento cognitivo superior aos restantes participantes quando avaliados 3 a 4 meses antes. Concluíram assim que o confinamento por Covid-19 tem maior impacto naqueles que já apresentam maior comprometimento do funcionamento cognitivo (Bretonniere et al., 2020). Vai de encontro à premissa acima constatada, de que quanto menor a capacidade de compreensão do indivíduo, menor a tolerância para com o isolamento e alteração de rotinas.

Outro estudo, realizado em Espanha envolveu 40 pacientes com DA e PNL integrados num programa de estimulação cognitiva. Foram avaliados num momento que antecedeu um mês antes do confinamento e foram avaliados num segundo momento 5 semanas após o início do confinamento. O objetivo do estudo foi avaliar a evolução de sintomas neuropsiquiátrico de pacientes com DA. Verificaram que 30% dos pacientes reportaram um agravamento dos sintomas neuropsiquiátricos. Os pacientes com PNL reportaram sintomas como a apatia e ansiedade. Os pacientes com DA reportaram agitação e comportamento bizarro motor (Lara et al., 2020).

Da revisão efetuada verifica-se que temos estudos, realizados durante a pandemia com indicadores de impacto da covid-19 pouco significativo na depressão e funcionamento

cognitivo dos adultos mais velhos e, por outro lado, outros que evidenciam impacto com declínio significativo do seu bem-estar psicológico.

Os estudos realizados mais recentemente, e que tiveram por comparação dois momentos, o período pandémico e pós pandémico mostram níveis mais significativos do impacto covid-19 com a presença de sintomas depressivos, ansiedade, stress, solidão, apatia e declínio do funcionamento cognitivo, por comparação aos estudos realizados durante o início da pandemia covid-19.

Os fatores de risco mais reportado nos estudos associados ao impacto pela COVID-19 são o isolamento social, o decréscimo de participação social e a solidão.

Com base neste enquadramento, este estudo procurou perceber o impacto da Covid-19 num grupo de adultos mais velhos residentes numa estrutura residencial para idosos, com vista à adoção de medidas de intervenção específicas, nomeadamente, psicológica, para responder a um eventual agravamento dos indicadores de depressão geriátrica e processos demenciais, tal como indica a investigação sobre o tema. Deste modo, o estudo visou responder às seguintes questões de investigação: (i) Qual o impacto da pandemia Covid -19 no funcionamento psicológico dos adultos mais velhos desta instituição (i.e., depressão geriátrica e funcionamento cognitivo); (ii) Analisar a relação entre as variáveis socio demográficas (idade, sexo) com o funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva com as evidências científicas mais recentes.

Capítulo II. Estudo sobre Impacto da Covid 19 nos sintomas de depressão e funcionamento cognitivo de um grupo de adultos mais velhos

A revisão da literatura sobre o impacto das restrições da Covid 19 nos adultos mais velhos evidenciou maiores sentimentos de solidão, aumento de problemas do foro do humor, aumento dos seus níveis de ansiedade, declínio no seu funcionamento cognitivo e, consequentemente, diminuição da qualidade de vida desta população. Neste sentido, o objetivo geral deste estudo consiste em explorar o impacto da Covid-19 nos sintomas depressivos e demenciais dos adultos mais velhos integrados numa estrutura residencial para idosos (ERPI).

2.1 Método

Este estudo, de carácter exploratório, contempla uma metodologia não experimental, quantitativa, de análise descritiva intra grupo que vai incidir sobre a evolução dos respetivos sintomas depressivos e demenciais em quatro momentos no tempo, nomeadamente, em 2018 (pré-pandemia), 2019 (pré-pandemia) e 2020 (pós-pandemia) e 2021 (pós-pandemia). Recorre-se a uma metodologia descritiva pois pretende-se caracterizar um fenómeno num determinado grupo populacional, neste caso a população de adultos mais velhos integrados numa ERPI, para seu maior conhecimento, bem como, explorar possíveis relações entre variáveis que decorrem de modo natural sem qualquer intervenção do observador (Ribeiro, 2010).

Os objetivos específicos deste estudo são: (i) identificar a prevalência de sintomas depressivos e processos demenciais (i.e., deterioração cognitiva) em 2018 (pré-pandemia), 2019 (pré-pandemia) e 2020 (pós-pandemia) e 2021 (pós-pandemia) num grupo de adultos mais velhos integrados em ERPI; (ii) verificar a existência de diferenças significativas entre os quatro período de avaliação em relação aos níveis de depressão e funcionamento cognitivo e a evolução dos sintomas depressivos e demenciais no momento pré pós-pandemia; (iii) verificar

se há relação entre as variáveis socio demográficas (idade e sexo) com o funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva;

2.2 Participantes

Os participantes deste estudo são adultos mais velhos, com idade igual ou superior a 65 anos, integrados em regime residencial numa ERPI.

Podemos definir a presente amostra deste estudo como não probabilística por conveniência. A opção por esta tipologia de amostra é devido à sua acessibilidade e disponibilidade do grupo de estudo.

Os critérios de inclusão dos indivíduos que vão integrar a amostra são baseados no fator idade, como já referido, a partir dos 65 anos de idade, inclusive; os adultos mais velhos que estão integrados em regime residencial na ERPI; os residentes que se encontravam na ERPI nos anos 2018, 2019, 2020 e 2021; os participantes que têm pelo menos uma avaliação neuropsicológica efetuada, com respetivo relatório e cotação dos instrumentos psicométricos.

Os critérios de exclusão da amostra consistem em não envolver os indivíduos com diagnóstico de demência grave ou comorbilidade psiquiátrica grave; e os adultos mais velhos que não deram o respetivo consentimento.

A amostra total é constituída por 70 participantes sendo que $n= 41$ são do sexo feminino e $n= 29$ são do sexo masculino. O intervalo de idades do grupo total da amostra varia entre mínimo de 65 anos e o máximo de 96 anos de idade ($M= 82,37$; $DP= 7,867$). Em termos de estado civil $n= 34$ participantes são viúvos, $n= 19$ casados, $n=8$ divorciados, $n= 8$ solteiros, e $n= 1$ em união de facto.

Quanto às habilitações escolares $n= 43$ detêm frequência ou conclusão no 1º ciclo de escolaridade; $n= 8$ a licenciatura, 12º ano e o 2º ciclo; $n= 2$ sem escolaridade (analfabetos) e $n= 1$ participante sem informação disponível.

Os participantes da amostra total, estão presentes em alguns períodos outros somente em um período de análise, outros em todos os momentos. Neste sentido, para efeitos de análise e tratamento de dados, foram formados quatro grupos de participantes independentes de acordo com cada período em análise, que se encontram caracterizados na tabela abaixo indicada.

Tabela 1.

Caracterização dos grupos independentes de participantes por ano

Variáveis sócio demográficas			Frequência	Porcentagem
Grupo de participantes	<i>Sexo</i>	Feminino	23	62,2
		Masculino	14	37,8
		Total	37	100
Ano 2018 (N= 37)	<i>Estado civil</i>	Solteiro(a)	5	13,5
		Casado(a)	10	27,0
		Divorciado(a)	6	16,2
		Viúvo(a)	16	43,2
		Total	37	100,0
	<i>Escolaridade</i>	S/escolaridade	2	5,4
		1º ciclo	22	59,5
		2ºciclo	2	5,4
		Ens. Secundário	5	13,5
		Ens. Superior	5	13,5
		Total	36	97,3
		Omisso	1	2,7
Grupo de participantes	<i>Sexo</i>	Feminino	28	62,2
		Masculino	17	37,8
		Total	45	100
	<i>Estado civil</i>	Solteiro(a)	6	13,3
		Casado(a)	15	33,3
		Divorciado(a)	6	13,3

		Viúvo(a)	18	40,0
		Total	45	100,0
	<i>Escolaridade</i>	S/escolaridade	2	4,4
		1º ciclo	29	64,4
		2ºciclo	4	8,9
		Ens. Secundário	6	13,3
		Ens. Superior	4	8,9
		Total	45	100,0
Grupo de participantes Ano 2020 (N= 38)	<i>Sexo</i>	Feminino	24	63,2
		Masculino	14	36,8
		Total	38	100,0
	<i>Estado civil</i>	Solteiro(a)	6	15,8
		Casado(a)	9	23,7
		Divorciado(a)	6	15,8
		Viúvo(a)	17	44,7
		Total	38	100,0
	<i>Escolaridade</i>	S/escolaridade	1	2,6
		1º ciclo	23	60,5
		2ºciclo	5	13,2
		Ens. Secundário	4	10,5
		Ens. Superior	5	13,2
		Total	38	100,0
Grupo de participantes Ano 2021 (N= 32)	<i>Sexo</i>	Feminino	18	56,3
		Masculino	14	43,8
		Total	32	100,0
	<i>Estado civil</i>	Solteiro(a)	4	12,5
		Casado(a)	10	31,3
		Divorciado(a)	3	9,4

	Viúvo(a)	14	43,8
	União de facto	1	3,1
	Total	32	100,0
<i>Escolaridade</i>	S/escolaridade	1	3,1
	1º ciclo	19	59,4
	2ºciclo	5	15,6
	Ens. Secundário	5	15,6
	Ens. Superior	2	6,3
	Total	32	100,0

De um modo sucinto, e de acordo com os resultados apresentados, podemos observar que o grupo de participantes que constituem o ano de 2018 por ($n=37$) é composto na sua maioria de adultos mais velhos do sexo feminino ($n= 26$) cuja média de idades se situa nos 83 anos de idade, entre o mínimo de 65 anos e o máximo de 96 anos de idade ($M=82,95$; $DP= 8,199$), a maioria viúvos e com ensino do 1º ciclo de escolaridade.

O grupo de participantes do ano 2019 ($n=45$) pertencentes na sua maioria ao sexo feminino com idade média nos 82 anos de idade, entre o mínimo de 65 e máximo de 94 anos ($M=82,36$; $DP= 7,992$), viúvos e com o 1º ciclo de escolaridade

No ano de 2020 o grupo de participantes ($n=38$) também na sua maioria pertencem ao sexo feminino com idade compreendida entre os 84 anos, o mínimo 65 anos de idade e o máximo do intervalo de idade situa-se nos 95 anos de idade ($M=83,50$; $DP= 7,640$), na sua maioria, viúvos e com 1º ciclo de escolaridade.

O grupo de participantes ($n=32$) que constituem o ano de 2021 é composto por indivíduos, pertencentes na sua maioria ao sexo feminino, cuja média de idade se situa nos 81 anos ($M=81,13$; $DP= 8,178$) entre o mínimo de 65 e máximo de 92 anos de idade, na sua maioria viúvos e têm o 1º ciclo de escolaridade.

2.2.1 Instrumentos

A seleção dos instrumentos de avaliação teve em conta as especificidades da avaliação neuropsicológica do grupo em estudo, neste caso, os idosos, e o respetivo protocolo de avaliação que faz parte do procedimento do gabinete de psicologia da estrutura residencial onde se integram. Em concreto, os instrumentos contemplados neste estudo para avaliar o grau de deterioração cognitiva foram o *Mini-Mental State Examination – MMSE* e o Teste do Relógio – *Clock Drawing Test* (CDT); e para avaliar os sintomas depressivos, a *Escala Geriátrica de Depressão* – versão curta 15 itens (GDS-15).

2.2.1.1 Mini-Mental State Examination – MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro et al, 1994): Este instrumento foi utilizado com o objetivo de avaliar o nível de funcionamento cognitivo e o estado mental dos idosos (Lemaire & Bherer, 2005). É um teste dividido em seis grupos de questões e cada um dos grupos tem tarefas para avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e capacidade viso-construtiva (Maia, Correia & Leite, 2009). Aplica-se de modo direta, por colocação dos enunciados ao participante. É um teste de rápida aplicação que dura cerca de 10 a 15 minutos. A sua cotação é atribuir 1 ponto a cada questão correta e 0 pontos se estiver incorreta. Efetua-se o somatório total para obtenção do resultado permitindo obter uma pontuação máxima de 30 pontos.

O instrumento é sensível ao nível de escolaridade de cada indivíduo implicando que a interpretação dos resultados seja de acordo com essa especificidade de cada participante. Assim podemos sugerir a existência de comprometimento do funcionamento cognitivo geral se se verificar a seguinte cotação conforme o nível das habilitações literárias: uma pontuação igual ou inferior a 15 pontos para analfabetos; pontuação igual ou inferior a 22 para detentores do 1º até ao 11º ano de escolaridade; e pontuação igual ou inferior a 27 para detentores do 12º até ensino superior.

Apresenta a desvantagem de ter menos sensibilidade na detecção do déficit cognitivo ligeiro. Mas de modo geral o MMSE é um dos instrumentos mais utilizados com a vantagem de ser facilmente aplicado e de modo rápido e válido para o seu propósito (Lemaire, & Bherer, 2005).

2.2.1.2 Teste do Relógio – Clock Drawing Test (CDT) (Shulman, 1986): O teste do relógio é outro instrumento neuropsicológico simples e de rápida utilização com o objetivo de avaliar no nível de funcionamento cognitivo do indivíduo. Este instrumento permite avaliar o nível de deterioração cognitiva que o indivíduo apresenta associado à demência tipo alzheimer, ao declínio cognitivo ligeiro, alterações no funcionamento executivo, défices visuoespaciais e habilidades executivas e apraxia visuoespacial (Maia, Correia, & Leite, 2009).

O teste consiste em solicitar ao indivíduo para desenhar um relógio com os respectivos números e marcar a seguinte hora: 11h 10m. A sua interpretação e cotação segue depois determinados critérios com base no desenho efetuado pelo indivíduo. Os critérios de cotação que são mais utilizados são os de *Shulman*, que aqui se apresentam: cotação igual a zero, significa a incapacidade absoluta de representar o relógio; cotação 1 – o desenho tem algo a ver com o relógio mas apresenta desorganização visuoespacial grave; cotação 2- desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação da hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso; cotação 3 – distribuição visuoespacial correta com marcação errada da hora; cotação 4 – pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; cotação – 5 relógio perfeito, sem erros.

Este teste apresenta a vantagem de ser muito versátil e não é tão enviesado por fatores sócio culturais como por exemplo o nível de escolaridade dos indivíduos (Apóstolo et al, 2013).

Relativamente às características psicométricas deste instrumento, um estudo realizado por Cacho et al. (1999) junto de pacientes com doença de alzheimer, apresentou um alfa de

cronbach 0.9029, demonstrando uma boa capacidade discriminativa entre indivíduos sem deterioração cognitiva e indivíduos nas fases iniciais da doença de alzheimer (Cacho et al, 1999).

2.2.1.3 Escala Geriátrica de Depressão -15 (GDS-15) (Yesavage & Sheikh, 1986; Barreto et al., 2003): A Escala Geriátrica de Depressão de *Yesavage*- versão curta 15 itens, é um instrumento de avaliação da depressão desenvolvido por *Yesavage* e colegas. A versão da escala com 15 itens, designada também por a versão curta, pretende ser uma escala de rastreio mais fácil de aplicar em pouco tempo. Por este motivo é uma versão muito utilizada em contextos institucionais, como por exemplo residências para adultos mais velhos (Santos et al, 2019).

Consiste numa escala de autorrelato, com resposta dicotómica sim ou não, tendo em conta como o idoso se tem sentido na última semana. A sua cotação consiste na atribuição de 1 ponto aos enunciados que sugerem a existência de sintomatologia depressiva no idoso e de 0 pontos às restantes. O somatório das respostas é igual ao número dos enunciados colocados junto do idoso que nesta versão são um total de 15. A interpretação dos resultados é tida em conta pelo somatório realizado onde se obtivermos uma cotação total entre 0 a 5 pontos - não apresenta sintomatologia depressiva; entre 6 a 10 pontos já é sugestiva de apresentar uma depressão ligeira; e entre 11 a 15 pontos sugere a presença de depressão grave (Germi, 2012).

Um estudo para a validação deste instrumento, realizado por Apóstolo et al., verificou que a mesma apresenta uma boa consistência interna com alfa de *cronbach* de 0,83 revelando boas propriedades psicométricas no rastreio da depressão em idosos portugueses (Apóstolo et al, 2014).

2.3 Procedimentos

2.3.1 Procedimento de Amostragem

O presente estudo decorreu numa estrutura residencial para idosos (ERPI) cujo processo de acolhimento envolve uma avaliação neuropsicológica inicial, realizada pelo respetivo serviço de psicologia. Neste sentido, o processo de amostragem, iniciou com o pedido de autorização da instituição para a realização deste estudo (ver Anexo 1).

Para o recrutamento/seleção dos participantes, considerou-se residentes nos anos do estudo em causa, 2018, 2019, 2020 e 2021, e verificou-se os dados dos relatórios de avaliação neuropsicológica, nomeadamente, os dados sobre a Escala de Demência. Analisados estes dados, foram incluídos aqueles que preencheram os critérios de inclusão.

Promoveu-se junto dos participantes, através de uma breve sessão individual, onde foram explicados os objetivos do estudo e as condições de participação, nomeadamente, a confidencialidade dos dados, o seu direito a adesão voluntária e o direito de recusar ou desistir de participar a qualquer momento, bem como o acesso aos resultados do estudo se o solicitarem.

No caso de o utente ter um cuidador informal, foi promovida também uma sessão explicativa individual do estudo, e a respetiva solicitação de consentimento informado para autorização da participação no estudo. Estes contactos com os cuidadores informais ou responsável legal, dadas as restrições do contacto físico devido à Covid – 19, foram realizadas via telefónica.

Nas sessões individuais de esclarecimento com os participantes, foi formalizada a assinatura do Consentimento informado (conforme o anexo 2) no cumprimento da Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia e do Código Deontológico da OPP.

Relativamente à recolha de dados dos participantes já falecidos, essencialmente os participantes dos anos 2018 e 2019, a autorização foi formalizada junto da instituição (conforme anexo 1). De referir que todos os utentes integrados na instituição percorrem um processo inicial

de admissão que contempla os consentimentos pelo adulto mais velho e/ou pelos responsáveis legais para a realização da avaliação neuropsicológica e tratamentos dos respetivos dados.

2.3.4 Procedimentos de Recolha de Dados

Uma vez seleccionados os participantes, procedeu-se à recolha dos dados relativos às variáveis em estudo. Em concreto, este processo decorreu a partir da consulta dos processos dos participantes da instituição, armazenados na base de dados dos processos individuais dos participantes em suporte digital (Excel) e, quando necessário, através da consulta do processo físico individual do utente que se encontra arquivado no armário de processos no gabinete do serviço de psicologia.

A recolha dos dados consistiu na codificação dos participantes e levantamento da informação socio demográfica da amostra que incidiu sobre os seguintes indicadores: idade, género, estado civil, escolaridade.

De seguida procedeu-se à recolha dos dados relativos à respetiva cotação dos participantes relativos aos testes *MMSE*, *Teste do Relógio* e *GDS-15*, obtidos nas avaliações neuropsicológicas realizadas no decorrer dos anos considerados no estudo, nomeadamente: 2018, 2019, 2020 e 2021.

Os dados recolhidos estiveram sempre guardados numa base de dados própria, em formato digital, numa *pen drive*, que ficou nas instalações do Gabinete de Psicologia da instituição com acesso limitado aos profissionais designados pela Instituição. De referir que após o levantamento e tratamento estatísticos, os dados recolhidos serão guardados pelo prazo de 5 anos e, após este período serão eliminados.

2.3.3 Procedimentos de Tratamento dos Dados

A análise dos dados quantitativos foi efetuada mediante tratamento estatístico com a última versão do software, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 28.

Para a análise da estatística descritiva vão ser utilizados os seguintes parâmetros para a distribuição das variáveis: a média, desvio-padrão, frequências e percentagem.

Foi observado um desvio da normalidade das variáveis dos diferentes grupos. De acordo com o teste *Kolmogorov-Smirnov* o funcionamento cognitivo do grupo de participantes de 2018 $D(27) = 0,124$ $p > .05$, e do grupo de participantes de 2019 $D(28) = 0,073$, $p > .05$ assim como o funcionamento executivo para do grupo de participantes de 2019 $D(28) = 0,051$, $p > .05$ e de sintomatologia depressiva do grupo de participantes do ano 2020 $D(22) = 0,200$, $p > .05$ são significativas para uma distribuição normal. As restantes variáveis apresentam distribuições significativamente diferentes de uma distribuição normal com $p < .05$. De acordo com o teste de homogeneidade de variância de Levene verificou-se que $p > .05$ o que indica que existe homogeneidade de variância entre os grupos.

Perante o exposto, para efeitos de análise da estatística inferencial foi realizado o teste paramétrico ANOVA de medidas repetidas e ANCOVA.

Segue-se a descrição dos resultados seguindo a ordem dos objetivos específicos do estudo.

3. Resultados

Neste ponto vão ser descritos os dados recolhidos após o devido tratamento estatístico acima explanado.

3.1. Caracterização da prevalência dos níveis funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e de sintomas depressivos grupos dos diferentes períodos de análise (2018, 2019, 2020 e 2021)

A Tabela 2 apresenta os dados descritivos das variáveis em estudo níveis funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e de sintomas depressivos nos quatro grupos de participantes que se encontravam no centro geriátrico no ano de 2018 (pré-pandemia), 2019 (pré-pandemia) e 2020 (pós-pandemia) e 2021 (pós-pandemia).

Tabela 2.

Dados descritivos do nível de funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e sintomatologia depressiva dos grupos de participantes: 2018, 2019, 2020 e 2021

		<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio- Padrão</i>
Grupo de participantes do ano 2018 (N=37)	<i>Funcionamento</i>	11	30	21,62	5,936
	<i>cognitivo</i>				
	<i>Funcionamento</i>	0	5	2,29	1,462
	<i>executivo</i>				
Grupo de participantes do ano 2019 (N=45)	<i>Sintomas</i>	0	11	4,58	3,298
	<i>depressivos</i>				
	<i>Funcionamento</i>	9	30	21,11	5,840
	<i>cognitivo</i>				
Grupo de participantes do ano 2020 (N=37)	<i>Funcionamento</i>	0	5	2,52	1,243
	<i>executivo</i>				
	<i>Sintomas</i>	0	12	4,10	3,662
	<i>depressivos</i>				
Grupo de participantes do ano 2021 (N=37)	<i>Funcionamento</i>	7	30	19,37	6,961
	<i>cognitivo</i>				
	<i>Funcionamento</i>	0	5	2,42	1,558
	<i>executivo</i>				

	<i>Sintomas depressivos</i>	0	12	4,76	3,062
Grupo de participantes do ano 2021 (N=32)	<i>Funcionamento cognitivo</i>	10	30	22,66	5,626
	<i>Funcionamento executivo</i>	1	5	2,52	1,358
	<i>Sintomas depressivos</i>	0	10	4,71	3,339

A Tabela 3 apresenta os dados descritivos relativos à análise qualitativa do nível de funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e sintomatologia depressiva no período pré e após o início da pandemia.

Tabela 3.

Dados descritivos qualitativos dos níveis de funcionamento cognitivo e visuo-espacial, e sintomas depressivos pré-pandemia e após o início da pandemia

		<i>Momento anterior à pandemia</i>				<i>Momento posterior ao início da pandemia</i>			
		2018		2019		2020		2021	
		<i>n (37)</i>	%	<i>n (45)</i>	%	<i>n (38)</i>	%	<i>n (32)</i>	%
<i>Funcionamento cognitivo (MMSE)</i>	Sem comprometimento	18	48,6	21	46,7	15	39,5	19	59,4
	Com comprometimento	19	51,4	24	53,3	23	60,5	13	40,6
<i>Funcionamento executivo e visuo espacial</i>	Sem comprometimento	6	16,2	6	20,7	18	25,0	7	27,1
	Com comprometimento	22	78,6	23	79,3	6	75,0	18	72,9

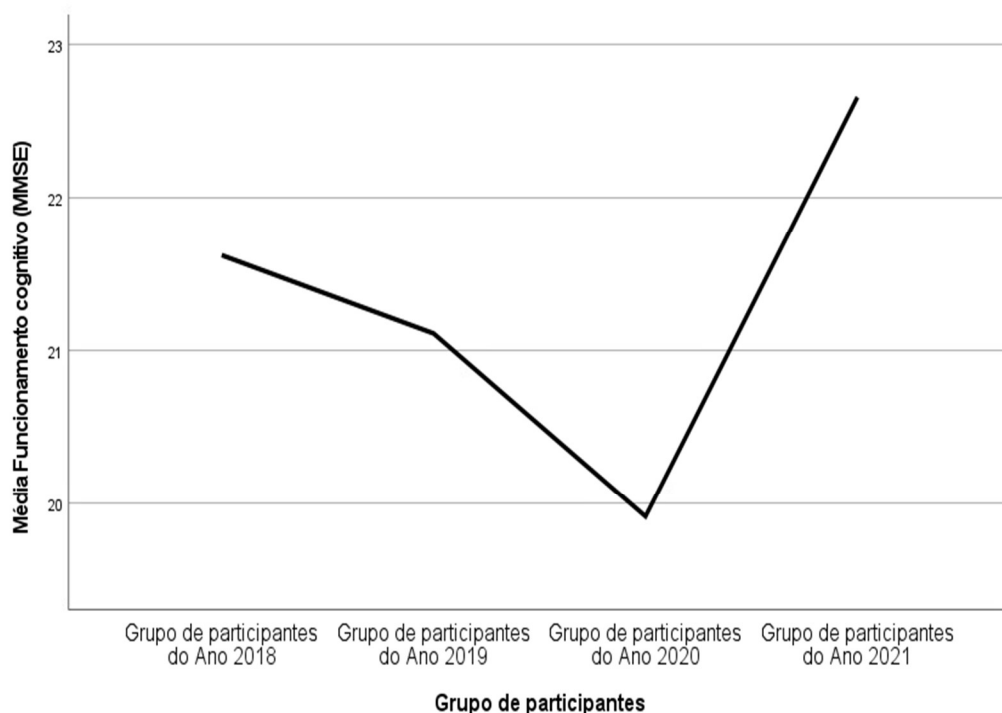
<i>(Teste do</i>									
<i>Relógio)</i>									
<i>Sintomatologia</i>	Sem	19	52,8	27	69,2	22	66,7	18	64,5
<i>depressiva</i>	sintomatologia								
<i>(GDS-15)</i>	depressiva								
	Com	16	44,5	9	24,2	9	27,2	11	35,5
	sintomatologia								
	depressiva ligeira								
	Com	1	2,6	3	6,6	2	6,1	0	0
	sintomatologia								
	depressiva grave								

3.2 Comparação dos níveis funcionamento cognitivo e funcionamento executivo entre 2018, 2019, 2020 e 2021

Na análise da comparação dos níveis funcionamento cognitivo, funcionamento executivo entre 2018, 2019, 2020 e 2021, através da ANOVA de medidas repetidas, não se observaram variações estatisticamente significativas entre os quatro grupos temporais no funcionamento cognitivo $F(3,18) = 2,276$, $p > 0,05$, nem no funcionamento executivo, $F(2,16) = 1,830$, $p > 0,05$. As Figuras 1 e 2 representam a evolução das duas variáveis nos quatro grupos.

Figura 1.

Evolução dos níveis de funcionamento cognitivo nos quatro grupos temporais.

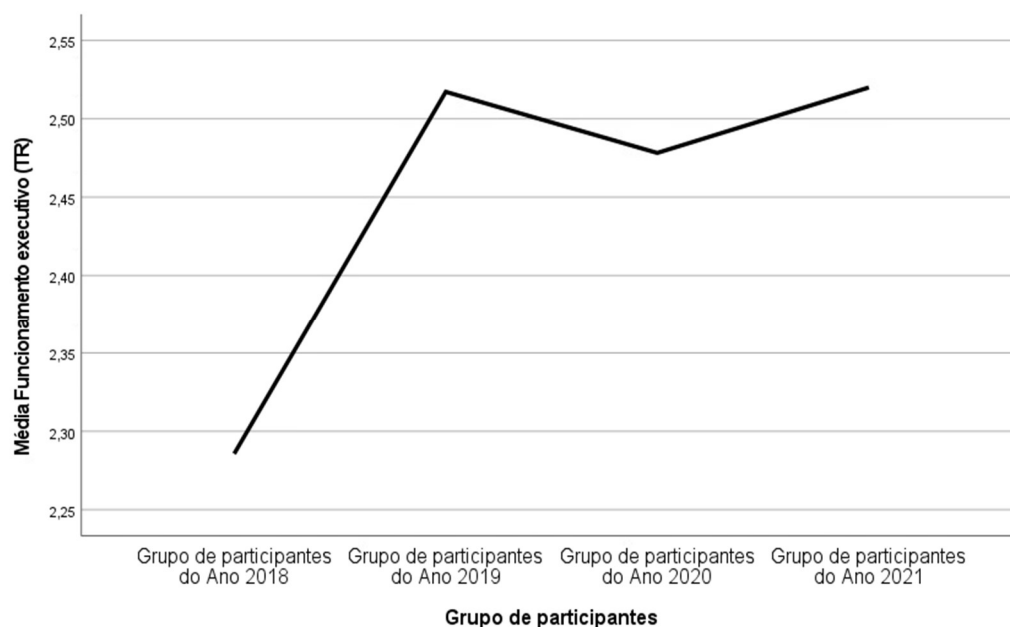


Podemos observar com a visualização da figura 1. que a evolução ao longo dos quatro períodos sugere um declínio no funcionamento cognitivo ligeiro e progressivo ao longo dos anos 2018, 2019 e 2020, obtendo o seu mínimo no ano de 2020. De referir que ao longo destes anos a média situa-se abaixo do ponto coorte ≥ 22 sugestivo de funcionamento cognitivo comprometido dos participantes.

O ano de 2021 observa-se uma subida acentuada neste valor, e atinge o ponto de coorte acima de 22 indicativo de funcionamento cognitivo preservado. Conforme o valor observado na tabela 3. o funcionamento cognitivo neste ano apresenta uma média de 22,6. Por último, sublinhar que apesar das diferenças observadas estas não são significativas.

Figura 2.

Evolução dos níveis de funcionamento executivo nos quatro grupos temporais



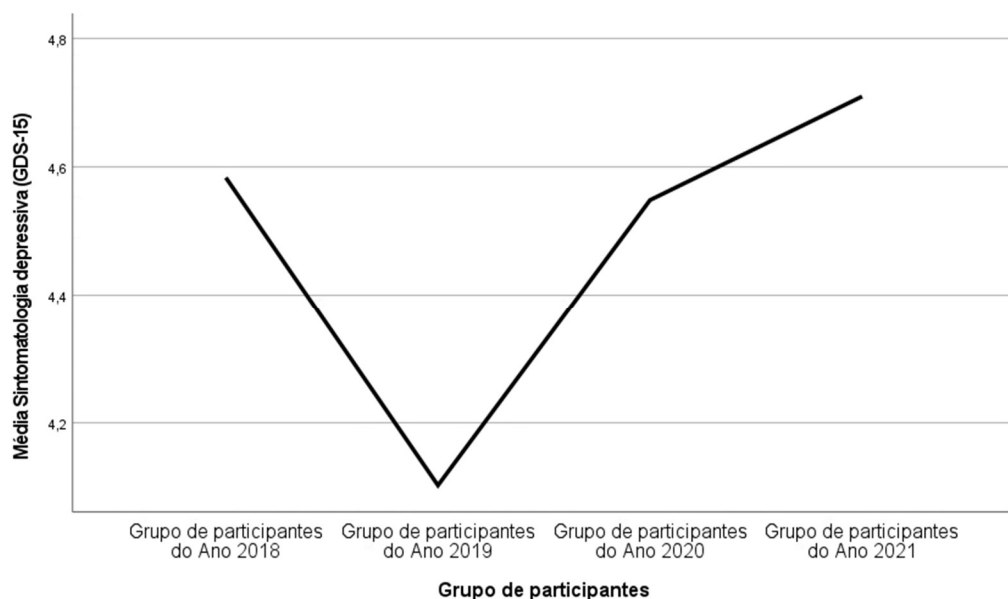
Relativamente ao funcionamento executivo observa-se que os dados são indicativos de uma melhoria, ainda que ligeira, do funcionamento executivo e visuoespacial, ao longo dos anos em análise, entre os grupos de participantes, contudo estas diferenças não são significativas.

3.3 Comparação dos níveis de sintomas depressivos entre 2018, 2019, 2020 e 2021

Na análise da comparação dos níveis de sintomas depressivos entre 2018, 2019, 2020 e 2021 através da ANOVA de medidas repetidas, não se observaram variações estatisticamente significativas entre os quatro grupos temporais $F(3,9) = 2,533$, $p > 0,05$. Os resultados são representados na Figura 3.

Figura 3.

Evolução dos níveis de sintomas depressivos nos quatro grupos temporais



Observa-se que relativamente a sintomatologia depressiva os dados sugerem um aumento ligeiro dos valores da sintomatologia depressiva ao longo dos períodos em análise com exceção do ano 2019. Este aumento das médias das pontuações obtidas atinge os seus máximos nos anos de 2020 e 2021, contudo, nunca atinge o ponto de corte do instrumento $\geq .6$ indicativo da presença de sintomatologia depressiva. Apesar das diferenças entre grupos observadas estas não são significativas.

3.4 Impacto da idade, sexo e estado civil nas variações no funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e sintomatologia depressiva

3.4.1 Idade

A análise da variação dos níveis de funcionamento cognitivo e do funcionamento executivo e visuo espacial em função da idade (ANCOVA) permite observar a presença de

influência estatisticamente significativa $F(27,148) = 4,006$, $p < 0,001$ e, respectivamente $F(22, 104) = 3,262$ $p < 0,001$.

Os resultados do *Post-Hoc* de *Bonferroni* indicaram que as diferenças são mais significativas entre os grupos de participantes com idades compreendidas entre os 78 e 82 anos ($p < 0,05$) e entre os 89 e 96 anos ($p < 0,05$), indicando que estes intervalos de idade são aqueles onde as pontuações obtidas nos instrumentos (MMSE, Teste do Relógio) são as mais baixas.

A análise de variância (ANCOVA) da sintomatologia depressiva em função da idade também verificou que existe efeito estatisticamente significativo $F(27, 136) = 2,675$, $p < 0,001$. Os resultados do *Post-Hoc* de *Bonferroni* indicaram que o grupo de participantes com idade entre os 66 e os 76 anos de idade ($p < 0,05$) obtiveram as pontuações mais altas no instrumento psicométrico (GDS).

3.4.2 Sexo

A análise da variação dos níveis de funcionamento cognitivo em função da idade (ANCOVA) permite observar a presença influência estatisticamente significativa $F(1, 148) = 5,190$, $p < 0,05$

O *Post-Hoc* de *Bonferroni* indicou que o sexo feminino obteve os resultados mais baixos no funcionamento cognitivo quando comparado ao grupo de participantes do sexo masculino.

Os resultados do teste da análise de variância (ANCOVA) indicaram que não existe efeito estatisticamente significativo do sexo sobre a sintomatologia depressiva $F(1, 136) = 0,76$, $p > 0,05$, nem sobre o funcionamento executivo e visuoespacial $F(1, 104) = 0,001$, $p > 0,05$.

3.5 Discussão dos Resultados

A pandemia Covid-19 alterou o modo de relacionamento interpessoal, diminuiu a participação social e resultou no aumento do isolamento social do adulto mais velho.

Este estudo, de caráter exploratório, teve como objetivo geral conhecer a prevalência e evolução do funcionamento cognitivo e dos sintomas depressivos num grupo de adultos mais velhos em regime residencial, ao longo do período pré pandemia e pós pandemia, para aprofundar conhecimentos sobre o impacto de contextos sócio epidemiológico como a Covid - 19 têm na saúde mental.

Pretendeu também, de acordo com os dados obtidos, refletir sobre eventuais medidas de intervenção psicológica que possam mitigar os problemas de saúde mental causados ou exacerbados pela pandemia.

Em relação ao primeiro objetivo específico, pretendeu-se caracterizar a prevalência de sintomas depressivos e processos demenciais (i.e., deterioração cognitiva), num grupo de adultos mais velhos integrados em ERPI, em 2018 (pré-pandemia), 2019 (pré-pandemia) e 2020 (pós-pandemia) e 2021 (pós-pandemia).

Perante os dados verificou-se que os grupos de participantes dos diferentes períodos de análise, são muito homogêneos entre si no que diz respeito às suas características sócio demográficas. De um modo geral, podemos caracterizar o adulto mais velho – tipo desta amostra como sendo na sua maioria pertencente ao sexo feminino, com 82 anos de idade, viúvo e detentor do 1º ciclo de escolaridade.

Quanto às variáveis em análise, verificamos que, em média, é um adulto mais velho com funcionamento cognitivo e funcionamento executivo e visuo espacial comprometido e sem sintomatologia depressiva.

Os resultados mostraram que a prevalência de declínio cognitivo foi de 48%, 32% de prevalência da sintomatologia depressiva 3,8% de presença da sintomatologia depressiva grave em relação à amostra total do grupo de participantes.

Os resultados mostraram que cerca de 51,4% do grupo de participantes do ano 2018, obteve uma média no *MMSE* de 21,62 (*DP*= 5,93; *Min.*= 11 e *Máx.* =30) indicativo de funcionamento cognitivo geral comprometido. Esta leitura tem em conta a interpretação padronizada de ≤ 22 do instrumento psicométrico e tendo em conta a média do nível educacional do adulto mais velho, onde 84,6% detém entre 1 a 11 anos de escolaridade.

Relativamente ao funcionamento executivo e visuo espacial 78,6% do grupo de participantes do ano 2018 obteve uma pontuação média de 2,29 (*DP*= 1,462; *Min.*= 0 e *Máx.* =5) indicativa de um funcionamento executivo e visuo espacial comprometido. É uma pontuação que se traduz em termos do desempenho do teste, desorganização visuo espacial moderada, que pode levar à marcação da hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros ou com ponteiro em excesso. Existe a representação do relógio, mas com erros que já são sugestivos do comprometimento nas funções executivas e visuo espaciais do indivíduo.

Quanto aos sintomas depressivos, neste grupo relativo ao ano de 2018 verificou-se que a média da pontuação foi de 4,58 (*DP*= 3,298; *Min.*= 0 e *Máx.* =11) sugestiva de ausência de sintomatologia depressiva de acordo com a interpretação padronizada do respetivo instrumento psicométrico (GDS-15). Contudo, verificou-se que quase metade do grupo de indivíduos, apresentam respetivamente, 44,5% e 2,6%, de prevalência de sintomas depressivos ligeiros e graves.

Relativamente aos dados obtidos pelo grupo do ano 2019, 53,3% dos participantes apresenta resultados sugestivos de um funcionamento cognitivo comprometido com uma cotação média no *MMSE* de 21,11 (*DP*= 5,840; *Min.*= 9 e *Máx.* =30). Já no que diz respeito ao funcionamento executivo cerca de 79,3% de participantes do ano 2019 obteve uma cotação média de 2,52 (*DP*= 1,243; *Min.*= 0 e *Máx.* =5) indicativa de um funcionamento executivo e visuo espacial comprometido.

No que respeita à sintomatologia depressiva, verificou-se que 69,2% dos indivíduos do grupo de participantes do ano 2019 apresentou ausência de sintomas depressivos. Por outro lado, cerca de 24,2% apresenta sintomatologia depressiva moderada e 6,0% grave.

Quanto aos dados obtidos pelo grupo de participantes do ano 2020, observou-se que 60,5% obteve uma média de pontuação no *MMSE* de 19,37 (*DP*=6,961; *Min.*=7 e *Máx.*=30) indicativa de um funcionamento cognitivo geral comprometido. No mesmo sentido 75% dos participantes deste período apresentam funcionamento executivo e visuo espacial comprometido. Quanto à sintomatologia depressiva verificou-se que 66,7% dos participantes do grupo de 2020 não apresenta sintomatologia depressiva, enquanto 27,2% apresenta sintomatologia depressiva ligeira e cerca de 6,1% sintomatologia grave.

Verificou-se que 59,4% dos participantes do grupo de 2021 apresenta uma média de 22,66 (*DP*=5,626; *Min.*= 10 e *Máx.*=30) indicativa de um funcionamento cognitivo preservado. Ao passo que cerca de 72,9% de participantes apresenta uma cotação nesta medida que vai se encontro a este resultado indicativa de um funcionamento executivo e visuo espacial comprometido

Quanto à sintomatologia depressiva verificou-se cerca de 64,5% de participantes no grupo do ano 2021 obteve a média da pontuação foi de 4,71 (*DP*=3,339; *Min.*=0 e *Máx.*=10) sugestiva de ausência de sintomatologia depressiva uma vez que se encontra no intervalo entre 0 e 5 da escala. Enquanto 35,5% apresenta sintomatologia depressiva ligeira e nenhum apresenta cotação sugestiva de sintomatologia grave.

Pela comparação com as evidências científicas os resultados obtidos encontram-se acima dos valores de prevalência que a literatura nos mostra para a população de adultos mais velhos no geral. No que diz respeito à sintomatologia depressiva encontramos valores como mais de 15% (WHO, 2017), ou valores entre 10 a 20% da população (Brañez-Condorena, 2021) e a nível nacional valores como 17% de prevalência na população portuguesa (DGS,2017).

Já relativamente ao declínio cognitivo para um adulto com idade igual ou superior aos 85 anos de idade verificamos valores de cerca de 30% (DSM 5, 2014) e de 20,8% para a população portuguesa (Justo-Henriques et al, 2020).

Contudo, se compararmos os resultados obtidos com as evidências científicas tendo em conta estudos similares, efetuados com adultos mais velhos em regime residencial, os resultados obtidos já vão de encontro às percentagens encontradas (Hoben et al., 2019).

Pelo exposto, concluímos que em média cerca de 50% dos participantes apresenta comprometimento do funcionamento geral cognitivo sugerindo a existência de uma prevalência alta de processos demenciais neste grupo de adultos mais velhos. Os resultados mostram que cerca de 40% deste grupo apresenta sintomatologia depressiva.

Podemos ainda retirar que a prevalência de sintomas depressivos e demenciais do grupo foi alta indo de encontro às evidências que indicam que os quadros clínicos como a demência e a depressão geriátrica associados ao envelhecimento são os mais prevalentes (Gonçalves-Pereira et al, 2016; Simões, 2012).

Em relação ao segundo objetivo específico pretendeu-se verificar se existiram diferenças significativas nos sintomas depressivos e processos demenciais (i.e., deterioração cognitiva) entre os grupos de adultos mais velhos integrados em ERPI em 2018 (pré-pandemia), 2019 (pré-pandemia) e 2020 (pós-pandemia) e 2021 (pós-pandemia).

Os resultados sugerem que o fator de grupo/tempo não teve efeito significativo no funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva ao longo dos quatro períodos analisados. Podemos, com base neste resultado, concluir que a variável da alteração do contexto pela pandemia Covid-19 não teve impacto no funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva entre os diferentes grupos.

Estes resultados não vão de encontro às evidências dos últimos estudos efetuados que indicam maior impacto da Covid-19 na saúde mental dos adultos mais velhos idosos (Egeljíc-

Mihailovic et al.,2021; Pue et al, 2021). E apesar das restrições associadas ao contexto pandémico de diminuição drástica das atividades de interação e participação social, de maior isolamento, os resultados obtidos não evidenciaram impacto destes fatores de risco de modo significativo na saúde mental dos adultos mais velhos.

Através de uma análise mais minuciosa, apenas com base nos resultados descritivos, isto é, apenas com base na evolução das respetivas médias por exemplo dos anos mais representativos do período pré pandémico, particularmente, o ano de 2019, e pós pandémico, o ano de 2020, verificamos que os resultados indicam um agravamento da sintomatologia depressiva e um aumento declínio cognitivo entre ambos. Contudo, estas flutuações entre os grupos foram ligeiras e não se revelaram significativas estatisticamente para que se possa concluir que houve um impacto significativo pela pandemia Covid-19.

De facto, e com base na análise estatística inferencial os resultados obtidos indicam que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no que diz respeito à sintomatologia depressiva e funcionamento cognitivo, um situado no momento pré pandémico e outro no período pós pandemia conforme o teste de inferência estatística ANOVA medidas repetidas realizado. Pela observação dos restantes dados, quer as médias obtidas em cada variável em análise quer pelas próprias características sócio demográficas, são grupos que se apresentam bastante homogéneos entre si.

Pelo exposto podemos concluir que ao longo dos quatro períodos em análise apesar de um aumento ligeiro da sintomatologia depressiva, este nunca se situou acima do ponto de corte .6 ou resultou numa diferença significativa. E apesar do acentuar do declínio do funcionamento cognitivo aos longo dos anos com exceção do último ano de 2021, este nunca foi com diferenças significativas que sugerissem o impacto do isolamento social e da diminuição da participação social motivado pelo contexto pandémico.

Estes resultados vão de encontro às conclusões de alguns estudos que verificaram que apesar de durante a pandemia os adultos mais velhos terem reportado maior sentimento de medo de contrair o vírus, não manifestaram mais sintomas de ansiedade, nem aumento da sintomatologia da depressão. No geral concluíram que os adultos mais velhos com idades entre os 71 e os 80 anos não manifestaram sinais do impacto da Covid-19 quando comparados com jovens adultos (Parlapani et al., 2021).

Neste sentido é importante notar o seguinte, é um grupo populacional com duas características importantes que podem explicar estes resultados: (i) têm uma idade avançada em média de 82 anos de idade; (ii) apresentam uma alta taxa de declínio cognitivo 48%; (iii) e apresentam 35,8% de sintomatologia depressiva. Estes resultados poderão estar relacionados com o evidenciado na literatura que quanto mais idade avançada, menor a probabilidade de manifestar sintomatologia depressiva, stress, ansiedade (Parlapani et al., 2021) e de quanto mais comprometido está o domínio cognitivo maior a probabilidade de subdiagnóstico da depressão geriátrica (Mukku et al., 2021). Por outro lado, esta conclusão vai também de encontro aos últimos estudos que indicam que os adultos mais velhos lidam melhor com transições de vida do que quando eram jovens (Hinrichsen, 2020).

Estas conclusões, contudo, merecem alguma cautela tendo em conta que o estudo apresenta um conjunto de limitações, em parte características dos estudos com estas populações que constroem os resultados e respetiva interpretação (Gonçalves-Pereira, 2016; Hinrichsen & Clougherty, 2006; Mukku et al., 2021). Trata-se de grupo populacional integrado num centro geriátrico em regime residencial, pelo que, não se pode extrapolar os resultados para a generalidade dos adultos mais velhos que vivem na comunidade.

Em relação ao terceiro objetivo específico do estudo pretendeu-se explorar a influência da idade e do sexo nas variações no funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e sintomatologia depressiva do grupo de participantes.

Os resultados encontrados indicam influência da idade sobre o funcionamento cognitivo e o funcionamento executivo tendo-se verificado que as cotações mais baixas das respetivas escalas foram obtidas pelos participantes com idades compreendidas entre os 72 e os 82 anos e a partir dos 89 aos 96 anos de idade. Estes resultados vão de encontro ao que a literatura científica evidencia que quanto mais idade avançada do adulto mais velho maior a probabilidade de comprometimento no seu funcionamento cognitivo e executivo. Quer em termos de envelhecimento normativo, onde o declínio associado à idade aumenta com a idade avançada, embora sempre com a ressalva que não prejudica a funcionalidade do indivíduo velhos (Jessen, Buckley & Amariglio 2020). Quer em termos do envelhecimento patológico em que a idade é um fator de risco que aumenta a probabilidade de desenvolvimento das demências (Alzheimer Association, 2020), particularmente, nos indivíduos com idade igual ou superior aos 85 anos de idade estes valores sobem para 30% (DSM 5, 2014).

Os resultados indicaram também o efeito da idade sobre a sintomatologia depressiva do adulto mais velho com indicação que os participantes com idades mais baixas (entre os 66 e os 76 anos de idade) obtiveram as pontuações mais altas sugestivas de sintomatologia depressiva ligeira a grave. Estes resultados parecem sugerir que quanto mais idade avançada, menor a probabilidade de apresentar sintomatologia depressiva, o que vai de encontro aos últimos estudos que ainda evidenciaram que os adultos mais velhos com idades entre os 65 e os 75 anos manifestam maior vulnerabilidade psicológica ao impacto da covid-19 (Parlapani et al., 2021).

Os resultados indicaram também que o sexo feminino apresenta um funcionamento cognitivo mais comprometido do que os participantes do sexo masculino. Este resultado parece sugerir que o sexo feminino tem maior probabilidade de apresentar comprometimento no funcionamento cognitivo quando comparado ao sexo masculino neste grupo de participantes. Estes resultados vão de encontro ao que está evidenciado na literatura referindo que as

perturbações neurocognitivas têm maior prevalência nas mulheres do que nos homens (Alzheimer Association, 2020).

4. Conclusão

Com esta dissertação pretendeu-se contribuir para a exploração do impacto da Covid 19 sobre a saúde mental. Para o efeito implementou-se um estudo exploratório quantitativo com vista a caracterizar os níveis de prevalência da depressão e demências num grupo de adultos mais velhos nos momentos antes e durante esse contexto pandémico.

Os resultados obtidos e respetiva análise evidenciaram que não existiram alterações significativas durante a pandemia Covid-19 na sintomatologia depressiva e no declínio do funcionamento cognitivo comparativamente ao momento pré pandémico, pelo que se concluiu que não houve impacto significativo da Covid-19 na saúde mental deste grupo de adultos mais velhos.

Concluiu-se que em média cerca de 50% dos participantes apresenta o funcionamento geral cognitivo comprometido e que cerca de 40% apresenta sintomatologia depressiva sugerindo a existência de uma prevalência alta de processos demenciais e presença de sintomas de depressão geriátrica neste grupo de adultos mais velhos.

Por último, quanto à influência da idade e do sexo sobre as variáveis do estudo, concluiu-se que o funcionamento cognitivo geral está mais comprometido nos participantes com idades mais avançadas compreendidas entre os 78 e 82 anos e entre os 89 e 96 anos. A presença de sintomas depressivos ocorre com mais frequência naqueles que têm idade menos avançada entre os 66 e os 76 anos de idade. E os adultos mais velhos do sexo feminino apresentam um funcionamento cognitivo mais comprometido do que os participantes do sexo masculino.

Os resultados obtidos por este estudo devem ser lidos tendo em conta os seus limites que podem enviesar esses resultados.

Um dos limites está relacionado com o facto de a amostra ser uma amostragem não probabilística por conveniência, pelo que não é possível uma generalização dos resultados obtidos. Também é uma amostra com um tamanho reduzido com 70 participantes e de se tratar de um grupo populacional no contexto particular de regime residencial, pelo que as conclusões obtidas não são representativas da população dos adultos mais velhos no geral e não se podem extrapolar quaisquer ilações nesse sentido.

Deve ser também considerado uma certa homogeneidade do grupo, em que a maioria dos participantes da amostra tinham idade avançada e funcionamento cognitivo comprometido o que, como evidenciado pela revisão da literatura, pode contribuir para mascarar os sintomas depressivos e resultar em subdiagnóstico da sintomatologia depressiva desvirtuando os resultados sobre o estado de humor dos envolvidos (Mukku et al., 2021).

Relativamente aos instrumentos psicométricos que foram utilizados para medir as variáveis do estudo são instrumentos de rastreio e não de diagnóstico. Neste sentido os resultados obtidos relativamente ao funcionamento cognitivo, funcionamento executivo e visuo espacial e sintomatologia depressiva são limitados na sua fidedignidade. A informação acedida sobre cada variável em análise não é tão robusta se tivessem sido utilizadas medidas psicométricas de diagnóstico ao invés de rastreio.

Particularmente, os resultados obtidos na medida do Teste do Relógio podem não espelhar toda a informação necessária relativamente ao funcionamento das funções executivas, uma vez que, em cada grupo, foi verificado a existência de uma taxa alta de casos omissos, podendo existir perda de informação sobre o que se pretende avaliar.

Não obstante as limitações referidas podemos sugerir as seguintes recomendações com base nos resultados obtidos.

Apesar de não se ter verificado impacto da Covid-19 nesta população observou-se uma taxa de prevalência significativa de funcionamento cognitivo comprometido e sintomas depressivos. A participação e interação social, o isolamento e solidão, são factores que têm influência no aumento da vulnerabilidade psicológica dos adultos mais velhos.

Neste sentido, a aposta nas tecnologias no contexto pandémico pode ser considerada para manter a interação interpessoal, particularmente, entre os adultos mais velhos e os seus familiares próximos. A aposta nos tratamentos para aumento da qualidade de vida dos adultos mais velhos, a interação social e a terapia de grupo são estratégias essenciais para lidar com eventos com os sintomas demenciais e perturbações do estado do humor (Grolli, 2021). Também programas de treino de memória e de treino ou estimulação cognitiva são instrumentos com resultados na prevenção e manutenção do declínio cognitivo do adulto mais velho (Rebock et al, 2012).

O aumento da longevidade do indivíduo e o envelhecimento progressivo da nossa sociedade portuguesa implica a necessidade de se realizarem mais estudos com este grupo populacional. Particularmente, mais pesquisas e estudos nacionais, que possibilitem um maior aprofundamento sobre este tema da pandemia Covid-19 e implicações na saúde mental dos adultos mais velhos de modo a serem refletidas medidas de intervenção psicológica específicas que promovam a sua qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M.L., Leite, J.C., Avalhais, A.P.S., Melo, B. R. S., Thomaz, C.C., Botan, Z.R.M., Manzini, C.S.S. & Vale, F.A.C., (2016). Instrumentos mais utilizados na avaliação da funcionalidade de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Rev. Aten. Saúde*, v. 14, n. 48, p. 76-85. doi: 10.13037/rbcs.vol14n48.3492
- Almeida, T.C., Heitor, M.J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H. & Vicente, A. (2020). Saúde mental em tempos de pandemia - SM-COVID-19: relatório final. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Alzheimer Europe (2019). Dementia in Europe Yearbook 2019 – Estimating the prevalence of Dementia in Europe. European Union's Health Programme (2014-2020) https://alzheimerportugal.org/public/files/alzheimer_europe_yearbook_2019.pdf
- Alzheimer's Association: 2020 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement* 16 (3):391–460, 2020. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (5ªEd.) Climepsi Editores.
- Apóstolo, J., (2013) Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de Apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/291332357_Instrumentos_de_Avaliacao_Geriatria

Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a Língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014. pp.65-73.

<https://doi.org/10.12707/RIV14033>

Besdine, W. R., (2019, julho). Mudanças no corpo com o envelhecimento. (Webpage)

<https://www.msdmanuals.com/pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAdade-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-corporal/mudan%C3%A7as-no-corpo-com-o-envelhecimento>

Birdsey, N. (2020). The Cognitive Behaviour Therapist (2020), vol. 13,41;1-18.

<https://doi.org/10.1017/S1754470X20000410>

Brañez-Condorena A, Soriano-Moreno DR, Navarro-Flores A, Solis-Chimoy B, Diaz Barrera ME, Taype-Rondan A (2021) Accuracy of the Geriatric Depression Scale (GDS)-4 and GDS-5 for the screening of depression among older adults: A systematic review and meta-analysis. 16(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253899>

Bretonniere CB., Pouclet-Courtemanche H., Gillet A., Bernarda, Derueta AL., Gourauda I, Mazoueb A., Lamya E., Rochera L., Kapogiannisc D. & Hajd M. (2020). The Effects of Confinement on Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease During the COVID-19 Crisis. *Journal of Alzheimer's Disease* 76 (2020) 41–47.

<https://doi.org/10.3233/JAD-200604>

Bo Xie, Kristina Shiroma, Atami Sagna De Main, Nathan W Davis, Karen Fingerman & Valerie Danesh (2021) Living Through the COVID-19 Pandemic: Community Dwelling Older Adults' Experiences, *Journal of Aging & Social Policy*, 33:4-5, 380-397.

<https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1962174>

Burns A, Lobo A, Olde Rikkert M., (2021). COVID-19 and dementia: Experience from six European countries. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36:943–949.

<https://doi.org/10.1002/gps.549>

Cacho, R., Garcia-Garcia, R., Arcaya, J., Vicente, J.L., Lantada, N., (1999) Una propuesta de aplicacion y puntuacion del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurologia*. 28 (7): 648-655.

Chyczij, F. F., Ramos, C. L., Santos, A. L., Jesus, L. A., & Alexandre, J. M. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19094. doi:10.12707/RIV19094

Decreto nº 2-A/2020 – Diário da República nº 57/2020, 1º suplemento, Série I de 20 de março de 2020. <https://dre.pt/home//dre/130473161/details/maximized>

DGS (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*.
Direção Geral da Saúde.

DGS. (2017) – Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Duarte, M. (2015). Fragilidade em Idosos – Modelos, Medidas e Implicações Práticas. Coisas de Ler.

DGS (2020). Orientação DGS 009-2020 – Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas. Direção Geral da Saúde.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363–389.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Fonseca, A.M. (2006) Desenvolvimento humano e envelhecimento. Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Climepsi Editores.

Gajovic G., Kocić S., Radovanović, , Vukomanovic I., Janićijević K., Radević S. (2021). Prevalence of depression in elderly and relations to chronic diseases. *Vojnosanit Pregl* 2021; 78(5): 504–510. <https://doi.org/10.2298/VSP190719098G>

Giebel C., Lord K., Cooper C., Shenton J., Cannon J., Pulford D., Shaw L, Gaughan A, Tetlow H, Butchard S, Limbert S, Gallagher S, Whittington R, Rogers C, Komuravelli A, Rajagopal M, Eley R, Watkins C, Downs M, Reilley S, Ward K, Corcoran R, Bennett K, Gabbay M., (2020). A UK survey of Covid – 19 relates social support closures and

their effects on older people, people with dementia, and carers. *Journal Geriatric Psychiatry*. 2021;36:393–402. <https://doi.org/10.1002/gps.5434>

Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, Alves, J. A., Almeida, M., Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, C. Pina, A., Prince, M. & Xavier, M. (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group Implementing a prevalence study of dementia and geriatric depression in Portugal: The 10/66 Dementia Research Group methodology. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 134-143. doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.002

Guerreiro, M., Mendonça, A., 2007. Escalas e Testes na Demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.

Greig F, Perera G, Tsamakis K, Stewart R, Velayudhan L, Mueller C. Loneliness in older adult mental health services during the COVID-19 pandemic and before: associations with disability, functioning and pharmacotherapy. *Journal of Geriatric Psychiatry*. 2021;1-8. doi:10.1002/gps.5630

Grolli, Mingoti, Bertollo, Luzardo, Quevedo, Réus & Ignácio (2021). Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Molecular Neurobiology*. 58:1905-1916. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>

Hamilton, I. S. (2000). A Psicologia do Envelhecimento: introdução. 3ª ed. Artmed Editora, S.A.

Hinrichsen G. A. & Clougherty K. F. (2006). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Older Adults. American Psychological Association.

Hinrichsen G. A. (2020). Overview of Treatment. Cap. 4 in *Assessment and Treatment of Older Adults: A Guide for Mental Health Professionals* (2020) American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000146-005>

Hoben, Heninger, Holroyd-Leduc, Knopp-Sihota, Knopp-Sihota & Goodarzi. Depressive symptoms in long term care facilities in Western Canada: a cross sectional study BMC Geriatrics (2019) 19:335

INE; Portada (2021). Índice de Envelhecimento. Fundação Francisco Manuel dos Santos

Jessen F, Amariglio RE, Buckley RF, et al: The characterisation of subjective cognitive decline. *Lancet Neurol* 19 (3):271–278, 2020. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30368-0.

Lara B., Carnesa A., Dakterzadai F., Benitez I & Pinol-Ripoll G. (2020). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *European Journal of Neurology* 2020, 27: 1744–1747 doi:10.1111/ene.14339

Lemaire, P. & Bherer, L. (2005) *Psicologia do Envelhecimento Uma perspectiva Cognitiva*. Instituto Piaget.

- Lima M., Oliveira A., & Godinho P. (2011) Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório de *mindfulness*. *Revista portuguesa de pedagogia*. ANO 45-1, 2011, 165-183
- Lima, M. (2012). *Intervenção terapêutica com Pessoas Idosas*. FPCE, Universidade de Coimbra.
- Louie, Chan & Cheng (2021) Suicidal Risk in Older Patients with Depression During COVID-19 Pandemic: a case-control study. *East Asian Arch Psychiatry* 2021;31:3-8 | <https://doi.org/10.12809/eaap2055>
- Maia, L., Correia, C. & Leite, R. (2009) *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica. Estudos de Casos e Instrumentos*. Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Manning, L., 2005. *A Neuropsicologia Clínica Uma abordagem cognitiva*. Instituto Piaget.
- Mukku SSR, Dahale AB, Muniswamy NR, Muliya KP, Sivakumar PT, Varghese M. Geriatric Depression and Cognitive Impairment—An Update. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(4):286–293.
- Nie, A., Su, X., Zhang, S., Guan, W., & Li, J. (2020). Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *Journal of clinical nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15454>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GerMI), 2012.

Avaliação Geriátrica. [http:// www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

Oliveira, B. (2010). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. 4ª Ed. Livpsic.

OMS (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. World Health Organisation.

ONU (2019). Envelhecimento. Centro Regional de Informação para a Europa. Organização das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/> Acedido a 20 de setembro de 2022

Parlapani, Holeva, Nikopoulo, Kaprinis, Nouskas, Diakogiannis (2021). A review on the COVID 19 related psychological impact on older adults: vulnerable or not? Aging Clinical and Experimental Research (2021) 33:1729 – 1743
<https://doi.org/10.1007/s40520-021-01873-4>

Pue S., Gillebert G., Dierckx E., Vanderhasselt M., Raedt R., & Bussche E., (2021) The impact of the COVID-19 pandemic on wellbeing and cognitive functioning of older adults. Scientific Reports 11:4646. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84127-7>

Ramos F., Silva S., Freitas D., Gangussu L., Bicalho A., Sousa B., Rametta Z., Rametta F., Nascimento C., Santos S., Guimarães T. (2019) Fatores associados à depressão em idoso. Revista eletrónica Acervo Saúde. ISSN 2178-2091. Vol. Sup. 19. <http://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>

- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Placebo Editora.
- Rebock G., Parisi J.M., Gross A.L, Spira A.M, Ko j., Samus Q.M., Saczynski, J.S., Koh S. & Holtzman R.E. *Evidence-Based Psychological Treatments for Improving Memory Function Among Older Adults*. Cap. 5 in Scogin F. & Shah A. (2012) *Making Evidence-Based Psychological Treatments Work With Older Adults*. American Psychological Association. [http:// dx.doi.org/10.1037/13753005](http://dx.doi.org/10.1037/13753005)
- Sahni B., Bala K., Kumar T., Narangyal A. (2020). Prevalente and determinats of geriatric depression in North India: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*; 9: 2332-6. http://doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_357_20
- Santana, I., Duro, I., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M.R. & Freitas, S. (2016) Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 29(4):240-248. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>
- Santos, A., Nunes, B, Kislaya, I., Gil, A. & Ribeiro, O. (2019) Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 3 (XXXVII) 405-415. Doi:10.14417/ap.1505
- Simões, M.R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*. RIDEP N° 34 Vol.1 Pag 9-33.

Spar, J.E. & Rue, A. (2005) Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica. Climepsi.

Tsamakis, K., Tsiptsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C., Nikolakakis, N., Tyros, G., Kympouropoulos, S., Lazaris, A., Sandidos, D.A., Smyrnis, N., Rizos, E. (2021). Covid-10 and its consequences on mental health (Review). *Experimental and therapeutic medicine* 21:244. DOI: 10.3892/etm.2021.9675

Tousi, B. (2020). Dementia Care in the Time of COVID-19 Pandemic. *Journal of Alzheimer's Disease*. 76 (2020) 475–479. DOI 10.3233/JAD-200461

Touchon, J. & Portet, F. (2002) Guia Prático da Doença de Alzheimer. Climepsi Editores.

Vacha-Haase, T., Hill, R. D., & Bermingham, D. W. (2012). Aging theory and research. In N. A. Fouad, J. A. Carter, & L. M. Subich (Eds.), *APA handbook of counseling psychology*, Vol. 1. Theories, research, and methods (pp. 491–505). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13754-018>

Xiong, H., Yi, S., & Lin, Y. (2020). The Psychological Status and Self-Efficacy of Nurses During COVID-19 Outbreak: A Cross-Sectional Survey. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57. <https://doi.org/0046958020957114>

Anexos

Anexo 1. Pedido de autorização à instituição

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Impacto da Covid 19 nos sintomas de depressão e funcionamento cognitivo de um grupo de adultos mais velhos

Enquadramento: Este estudo é desenvolvido no âmbito da dissertação do 2º ano de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Maia (ISMAI/Maiêutica Cooperativa de Ensino Superior C. R. L.). A investigadora responsável é a Licenciada Iris Guerreiro sob a orientação da Doutora Liliana Meira.

Descrição do estudo e dos procedimentos adotados: Este estudo tem como objetivo principal avaliar o impacto da Covid-19 nos níveis de sintomatologia depressiva e nos processos demenciais de um grupo de idosos.

Participantes: Os participantes no presente estudo são adultos mais velhos com idade igual ou superior a 65 anos, utentes de estrutura residencial para idosos (ERPI), sem diagnóstico de demência severa.

Os participantes incluídos no estudo serão alvo de uma breve sessão individual sobre os objetivos do estudo, os dados que se pretende recolher e para que efeitos, bem como dos procedimentos ético-deontológicos a serem cumpridos. No caso de o utente ter um cuidador informal, este terá também uma sessão explicativa individual do estudo. Em ambas as circunstâncias, será solicitado e assinado um Consentimento Informado (Anexo) para autorização da participação no estudo. Para utentes já falecidos, prevalecerá a autorização da ERPI.

Procedimentos de recolha de dados: A recolha de dados será feita a partir da consulta dos processos individuais dos procedimentos na ERPI, nomeadamente, informação sobre características socio demográficas (i.e., idade, sexo, escolaridade e estado civil); sintomas depressivos (i.e., GDS – 15); e funcionamento neuropsicológico (i.e., MMSE, Teste do Relógio) nos últimos 5 anos, especificamente, no ano de 2017, 2019 e 2021.

Proteção dos dados recolhidos: A cada participante será atribuído um código numérico de identificação, de forma a garantir a confidencialidade dos/as dos dados a serem utilizados para tratamento pela investigadora responsável. Os dados recolhidos (guardados numa base de dados própria, em formato digital, numa *pen drive*), bem como os Consentimentos Informados, serão guardados nas instalações da ERPI, em concreto, no Gabinete de Psicologia, com acesso limitado à investigadora responsável e responsáveis da ERPI. Após o tratamento estatístico, os respetivos dados recolhidos no âmbito do presente estudo serão guardados 10 anos e posteriormente destruídos.

Confidencialidade: Este estudo garante a confidencialidade dos dados recolhidos e a proteção da identidade dos/as participantes. Assim, apenas a investigadora responsável e os responsáveis pela ERPI em causa terão acesso aos dados recolhidos. Na publicação de trabalhos de carácter científico, a identidade dos/as participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome, nem qualquer outra característica que os/as possam identificar, bem como a identidade de ERPI.

Direito à desistência: A participação neste estudo é completamente voluntária. A todos/as os/as participantes assiste o direito de abandonar ou desistir, a qualquer momento, da participação neste projeto de investigação, sem qualquer prejuízo para quem assim o decida.

Direito à oposição: A qualquer momento, os/as participantes poderão exercer o direito à oposição (i.e., revogar o consentimento dado para a recolha e a utilização dos dados) e/ou solicitar a sua destruição.

Outros direitos: Após a conclusão do projeto será facultada uma cópia da Dissertação de mestrado em causa à ERPI.

Em nome de toda a equipa envolvida, agradecemos antecipadamente a leitura deste documento, agradecendo antecipadamente a sua contribuição para a melhoria do conhecimento sobre o impacto da Covid 19 na saúde mental dos idosos.

Investigadora responsável:

Iris Cristina Serra Guerreiro – A031884@ismai.pt

Orientadora de dissertação de mestrado:

Liliana Meira - lmeira@ismai.pt

Universidade da Maia – ISMAI / Telefone: 22 986 60 00

Pela Investigadora responsável,

(Iris Cristina Serra Guerreiro)

Na qualidade de responsável pelo _____ (instituição), ERPI em causa, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram

fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar colaborar com estudo sem qualquer tipo de consequências, bem como de revogar este consentimento e solicitar a destruição dos dados recolhidos. Desta forma, autorizo a colaboração do _____ (instituição) neste estudo e permito a utilização dos dados dos utentes que de forma voluntária disponibilizo, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pela investigadora responsável.

Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Pela responsável da ERPI:

(Dra.)

_____, ____ / ____ / ____

Anexo 2. Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Impacto da Covid 19 nos sintomas de depressão e funcionamento cognitivo de um grupo de adultos mais velhos

Pelo presente declaro que fui devidamente esclarecido por Iris Cristina Serra Guerreiro, investigadora responsável pelo estudo em causa, que decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Maia (ISMAI), e tem como objetivo principal avaliar o impacto da Covid-19 nos níveis de sintomatologia depressiva e nos processos demenciais de um grupo de adultos mais velhos com idade igual ou superior a 65 anos, utentes de estrutura residencial para idosos (ERPI).

Os dados recolhidos serão exclusivamente para fins de investigação científica com o objetivo de contribuir para o conhecimento do impacto, ao longo do tempo, dos efeitos da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos adultos mais velhos.

Proteção dos dados recolhidos: A cada participante será atribuído um código numérico de identificação, de forma a garantir a confidencialidade dos/as dos dados a serem utilizados para tratamento pela investigadora responsável.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, bem como de revogar este consentimento e solicitar a destruição dos dados recolhidos. Desta forma, aceito participar neste estudo e

permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelo/a investigador/a.

Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Nome _____ do

participante: _____

Assinatura: _____ Data: _____

/ ____ / ____

Ou

Representante _____ legal _____ do

participante: _____

Data: ____ / ____ / ____