

PAOLA ANDREA RAMÍREZ MARTÍNEZ

**AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO E O IMPACTO DA
INSTITUCIONALIZAÇÃO EM POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS**

Orientador: Professor Doutor Jorge Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2021

PAOLA ANDREA RAMÍREZ MARTÍNEZ

**AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO E O IMPACTO
DA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS**

Dissertação defendida em provas publicas na
Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias para obtenção do Grau de
Mestre em Neuropsicologia Aplicada, no
dia 6 de Maio de 2021, perante o júri,
nomeado pelo Despacho de Nomeação de Júri
nº 47/2021 com a seguinte composição:
Presidente: Prof^a. Doutora Ana Rita Cruz
Arguente: Prof^a. Doutora Beatriz Rosa
Orientador: Professor Doutor Jorge Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2021

Agradecimentos

Após 20 anos de ter finalizado a Licenciatura em Psicologia no meu país natal Colômbia e depois de uma longa temporada afastada da vida académica e profissional para me dedicar à família, voltei a retomar os meus estudos, realizei pós graduações e formações isoladas que me aproximaram lentamente à obtenção do título de Mestre tão desejado e cada vez mais perto de alcançar. É com muita satisfação que culmino este curso que espero aplicar a minha vida profissional plenamente, com o passo do tempo e com o aprimorar de conhecimentos e competências, sinto-me mais completa e realizada a nível pessoal e profissional.

Quero agradecer à Universidade Lusófona e a todas as pessoas que fazem possível que estudantes como eu, com características diversas... mais idade, diversas nacionalidades, mães trabalhadoras, consigamos obter os objetivos propostos.

Agradeço ao Professor Doutor Jorge Oliveira que num ano muito invulgar, com alterações e dificuldades acrescidas, mostrou-se sempre disponível a ajudar e orientar o meu trabalho respondendo as minhas dúvidas com celeridade e paciência.

Agradeço à Direção da Residência Momentus Sénior pelo apoio dado desde que comecei a fazer parte desta linda família, toda a equipa de diferentes maneiras me tem ajudado a crescer como pessoa e como profissional, e de forma indireta foram a minha inspiração para retomar os estudos e querer continuar a crescer e melhorar as minhas competências profissionais.

Finalmente agradeço a minha amiga Veronica e o meu companheiro Marcos, por estar sempre presentes e disponíveis nos momentos fáceis e também nos difíceis, por fazer a minha vida muito mais feliz e completa. A minha família, pais e irmãos que desde a distancia estão sempre preocupados comigo e me inspiram todos os dias para lutar pelos meus projetos. E especialmente as minhas duas meninas Lucía e Aurora que sentem um orgulho imenso pela mãe, me apoiam incondicionalmente e iluminam todos os meus dias, são a minha maior fortaleza e energia.

Resumo

Tendo em conta o contexto de envelhecimento da sociedade atual, particularmente em Portugal, com um índice de envelhecimento muito elevado que o posiciona nos primeiros lugares em termos de envelhecimento populacional, a institucionalização ganha cada vez mais importância e constitui uma necessidade na maioria dos casos, mas também, tem vindo a ser uma opção pessoal para muitos idosos. Desta forma é relevante o desenvolvimento de estudos no âmbito da institucionalização do idoso e a investigação na área do funcionamento cognitivo e as suas alterações, para conseguir dar resposta as necessidades que surgem com o avanço da idade e garantir o bem-estar geral da população idosa.

A presente dissertação avaliou e comparou o funcionamento cognitivo e o ajustamento emocional de pessoas maiores de 65 anos que se encontravam institucionalizadas numa residência Sénior privada, localizada numa zona privilegiada em Lisboa e outro grupo de pessoas maiores que residiam na sua própria habitação, a amostra foi constituída por 50 participantes, 32 estavam institucionalizados e 18 residiam em habitação particular. O Grupo de idosos institucionalizado tinha uma média de idade de 80 anos e o grupo não institucionalizado de 74 anos. No referente às habilitações literárias os idosos institucionalizados apresentaram maior nível de escolaridade com 44% dos participantes com nível de ensino superior, em comparação com o grupo não institucionalizado que representou o 22%. A avaliação do funcionamento cognitivo foi feita através da aplicação das versões portuguesas do Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Frontal Assessment Battery (FAB), RUDAS e o Questionário de Memória de Trabalho (QMT). A avaliação da sintomatologia depressiva foi feita através do Beck Depression Inventory (BDI) e Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15).

Os resultados foram analisados e comparados para verificar se existe algum impacto no funcionamento cognitivo que possa estar associado à institucionalização. Não se verificaram diferenças significativas nos resultados das provas que avaliaram o funcionamento cognitivo nos dois grupos e os idosos institucionalizados apresentaram níveis de depressão ligeiramente menores. Foram identificadas correlações negativas entre alguns domínios cognitivos do MoCA e a FAB com a Idade e uma correlação positiva entre a idade e os resultados totais da GDS.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Funcionamento Cognitivo, Défice Cognitivo, Demência, Depressão, Institucionalização.

Abstract

Having in mind the aging context of today's society, particularly in Portugal, with a very high aging rate that places the country in first place in terms of population aging, institutionalization is increasingly important and constitutes a necessity in most cases, but also, it became a personal option for many seniors. Thus, the development of studies within the institutionalization of the elderly and research in the area of cognitive functioning and its changes, in order to meet the needs that arise with advancing age and ensure the general well-being of the elderly population.

This dissertation evaluated and compared the cognitive functioning and emotional adjustment of people over 65 years old who were institutionalized in a private senior residence, located in a privileged area in Lisbon and another group of older people who lived in their own homes, the sample was consisting of 50 participants, 32 were institutionalized and 18 lived in private housing. The institutionalized elderly group had an average age of 80 years and the non-institutionalized group was 74 years old. Regarding educational qualifications, institutionalized elderly people had a higher level of education with 44% of participants with a higher education level, compared to the non-institutionalized group that represented 22%. The assessment of cognitive functioning was carried out by applying the Portuguese versions of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Frontal Assessment Battery (FAB), RUDAS and the Working Questionnaire (QMT). The evaluation of depressive symptoms was performed using the Beck Memory Depression Inventory (BDI) and Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15).

The results were analyzed and compared to see if there is any impact on cognitive functioning that may be associated with institutionalization. There were no significant differences in the results of the tests that assessed cognitive functioning in both groups and the institutionalized elderly had slightly lower levels of depression. Negative correlations were identified between some cognitive domains of MoCA and FAB with Age and a positive correlation between age and total GDS results.

Keywords: Aging, Elderly, Cognitive Functioning, Cognitive Deficit, Dementia, Depression, Institutionalization.

Abreviaturas e Siglas

APA- American Psychological Association

BDI - Beck Depression Inventory

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Défice Cognitivo Ligeiro

DSM V – Manual Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais

DA – Demência de Alzheimer

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

FAB - Frontal Assessment Battery

GDS-15 - Geriatric Depression Scale-15

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

RUDAS - Rowland Universal Dementia Assessment Scale

QMT - Questionário de Memória de Trabalho

Índice

Introdução	8
PARTE 1	10
1-Enquadramento Teórico	10
1.1 Envelhecimento: Definição e Indicadores Estatísticos	11
1.2 Envelhecimento e Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)	12
1.3 Perturbações Neurocognitivas	15
1.4 Depressão e envelhecimento	17
1.5 A Institucionalização	18
2. Objetivo	20
PARTE II	22
1. Metodologia	23
1.1 Participantes	21
1.2 Instrumentos	23
1.3 Procedimento e análises de dados	25
PARTE III	27
Resultados	28
Discussão	29
Referências Bibliográficas	32
Apêndices	i

Introdução

O aumento da esperança de vida e a redução da mortalidade tem conduzido a uma tendência preocupante de envelhecimento da população mundial, em Portugal a população de maiores de 65 anos tem tido um crescimento regular a cada ano que passa, e atualmente é considerado como um país com uma sociedade envelhecida. Esta tendência apresenta-se como um enorme desafio para a sociedade em geral e para as infraestruturas e serviços. Associado ao crescimento da população idosa, está o aumento da prevalência das doenças crônicas, a redução da capacidade física, as doenças associadas ao envelhecimento e o declínio cognitivo. Estas alterações estão negativamente influenciadas não só por fatores biológicos, mas também por fatores relacionados com a história de vida, atividade física, sintomatologia depressiva, isolamento social, entre outros fatores que podem influenciar na velocidade e severidade de tais alterações, e que contribuem ao incremento da população com dependência física ou psíquica a precisar de respostas de apoio Social., é necessário investir em esta área de conhecimento e preparar da melhor forma possível as infraestruturas que irão dar resposta as necessidades das pessoas, das famílias e da sociedade em geral.

O presente estudo vai ao encontro destas necessidades e pretende avaliar o funcionamento cognitivo e a sintomatologia depressiva em população idosa institucionalizada e não institucionalizada para comparar e estabelecer ou identificar diferenças, e encontrar variáveis que influenciem o deterioro cognitivo e que possam ou não estar associadas à institucionalização. Para tal, desenhou-se um estudo e realizou-se uma análise descritiva, foram avaliados 50 idosos de ambos os sexos com 65 ou mais anos, integrados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) que têm acordo de colaboração com a universidade Lusófona, e no meio urbano por pessoas que moram na sua própria residência.

A presente dissertação está dividida em quatro partes. A primeira parte é constituída pelo referencial teórico, que aborda alguns dados estatísticos relacionados com a prevalência do envelhecimento no mundo e em Portugal, conceitos relacionados com o envelhecimento, alterações inerentes ao processo, o impacto do envelhecimento na cognição, DCL e demências, transtornos Neurocognitivos, depressão no idoso e a institucionalização.

Na segunda parte, é descrita a metodologia do estudo, onde constam os objetivos do estudo, a caracterização da amostra, o protocolo de avaliação e o procedimento.

Na terceira parte são apresentados os resultados.

Na quarta parte, é feita a interpretação e discussão dos resultados obtidos no estudo, as limitações encontradas e sugestões para estudos futuros.

Este trabalho foi redigido com base nas normas definidas pela American Psychological Association (APA) e adaptadas pela universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

PARTE 1

1. Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento: Definição e Indicadores Estatísticos

O envelhecimento é um processo contínuo, complexo, dinâmico e gradual, comum a todos os seres humanos. Causado por alterações morfológicas, funcionais, psicológicas, moleculares e celulares, que ocorre em todas as células do corpo e que resulta na perda gradual de funcionamento dos órgãos e sistemas, causando desta forma uma alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, um aumento gradual do risco de desenvolver comorbilidades, e da probabilidade de morrer (Sequeira, 2018). Definido pela OMS como o “prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas”. A pessoa idosa é definida como um indivíduo com idade superior a 65 anos independentemente do estado de saúde e sexo" (OMS, 2020). As alterações associadas ao envelhecimento não se apresentam da mesma forma e a mesma altura nas pessoas, dependem do estilo de vida, da capacidade de adaptação ao ambiente e das agressões internas e externas a que cada pessoa foi sujeita (Azeredo, 2011).

O aumento da esperança de vida e a redução da mortalidade tem conduzido a uma tendência preocupante de envelhecimento da população mundial, esta tendência apresenta-se como um enorme desafio e traz consigo repercussões sociais e económicas, para as quais alguns países estão a tomar medidas que permitam adaptar os serviços e as infraestruturas às tendências populacionais (Freitas, Alves, Simões & Santana., 2013).

O continente europeu tem mostrado um crescimento considerável do índice de envelhecimento na sua generalidade, com um 132,3% no ano 2018. Em Portugal, a população com 65 ou mais anos representa 21,8% do total da população residente, ocupando o terceiro lugar atrás de Itália e Alemanha, com um índice de envelhecimento de 157,4% no mesmo ano. A esperança de vida aos 65 anos em Portugal no ano de 2017 foi de 17,6 para o sexo masculino e 20,9 para o sexo feminino. E a esperança de vida a nascença no mesmo ano, foi de 80,8 anos de idade, o que tem contribuído para que o grupo etário de maiores de 65 anos tenha tido um crescimento regular a cada ano que passa, esta tendência tem feito diminuir gradualmente o índice de sustentabilidade potencial, que no ano de 1970 era de 6,4 e no 2011 já se encontrava em 3,5 (Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) estima que para o ano 2050 a população geriátrica será o 22% da população geral, cerca de 20% deste grupo etário poderá apresentar transtornos mentais e neurológicos, percentagem que representa em esta população o 17,5% do total de anos vividos com incapacidade, o risco de desenvolver uma demência aumenta significativamente com a idade e se calcula que entre um 25% e 30% de pessoas maiores de 85 anos ou mais, apresentara algum grau de deterioro cognitivo.

Associado ao aumento da esperança de vida, está o aumento da prevalência das doenças crônicas, redução da capacidade física, doenças associadas ao envelhecimento, acidentes, história de vida, carga genética e aspetos biopsicossociais, que podem influenciar na velocidade e severidade de tais condições. O seu aumento vem se tornando um problema de saúde pública, devido ao impacto que têm nas pessoas, nas famílias e na sociedade no geral, sobrecarregando os sistemas de saúde e os apoios sociais e económicos (Pereira, 2016). Este aumento progressivo da população idosa, muitas vezes com limitações nas suas capacidades motoras, dependência e diminuição das habilidades de adaptação, agudiza a problemática da atenção e apoio social oportuno e eficaz, aumentando ainda mais o desenvolvimento ou agravamento da condição de dependência física ou psíquica, aumentando as necessidades de assistência ou apoio para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (Guzmán, 2016).

No ano de 2015, no mundo havia cerca de 47 milhões de pessoas com demência e projeta-se para o ano de 2050 que esse número alcance 131 milhões, sendo a Doença de Alzheimer (DA) a mais frequente, seguida da Demência Vascular (DV). Em Portugal não existem estudos epidemiológicos que descrevam a situação atual, mas os dados da Alzheimer Europe apontam no ano de 2019 para 193 mil e 500 pessoas com demência (Alzheimer Portugal, 2020).

1.2 Envelhecimento e Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)

O DCL considerado uma perturbação neurocognitiva leve é uma entidade clínica na que se observa uma alteração das funções cognitivas que são adquiridas ao longo da vida (memória, orientação espaço temporal, linguagem, reconhecimento visual...) e alterações de conduta. O défice mais avançado, pode já ser considerado um possível indicador de estado inicial de demência. O DCL define-se por meio de critérios clínicos, cognitivos e funcionais. É uma condição médica geralmente definida como a perda das capacidades cognitivas numa proporção maior do que é esperado para a idade da pessoa, o declínio cognitivo é pequeno e é estabelecido a partir do nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos

(atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social). Esta perda não interfere significativamente com a vida diária e não é grave o suficiente para justificar um diagnóstico de Demência. As pessoas com DCL têm mais problemas de memória ou de pensamento do que seria esperado para a sua idade e manifestam algum declínio nas suas capacidades cognitivas e apesar de poderem ter uma dificuldade crescente nas atividades diárias, geralmente são capazes de funcionar de forma independente nas atividades cotidianas (estão preservadas atividades instrumentais complexas da vida diária, como pagar contas ou controlar medicamentos, mas pode haver necessidade de mais esforço, estratégias compensatórias ou acomodação). (DSM-V, 2014).

Atualmente e dependendo se tem o não declínio na memória, pode-se distinguir o DCL amnésico, sendo a memória episódica uma das principais afetadas, e não amnésico, e estes se subdividem em duas categorias, unidomínio e multidomínio, assim podemos ter DCL: amnésico com um só domínio, amnésico multidomínio, não amnésico com um só domínio e não amnésico multidomínio, esta classificação procura facilitar uma maior especificidade na deteção e o diagnóstico de DCL (Petersen, 2016). As investigações indicam que as pessoas com DCL amnésico têm mais probabilidade de desenvolver DA. O DCL não amnésico é mais heterogéneo na sua etiologia, manifestação clínica e prognóstico, apresentando maior risco para outro tipo de demência como a demência fronto-temporal e de corpos de Lewy (Oviedo, 2016).

Para autores como Alcolea e Cancino o DCL é considerado possível precursor de demência, e pode ser visto como uma fase intermédia entre envelhecimento normal e doença, especificamente Demência de tipo Alzheimer. Para outros autores esta relação não é conclusiva, encontrando-se estudos que mostram sujeitos com sintomas compatíveis com DCL, que desenvolvem algum tipo de demência, outros permanecem estáveis e outros com uma intervenção adequada, podem retomar o funcionamento cognitivo normal (Cancino, 2016). Aproximadamente entre 10-15% de doentes com DCL terão Doença de Alzheimer (DA) e depois de três anos este número aumenta para um 50%, também se encontram outro grupo de doentes que restabelece o seu funcionamento cognitivo normal ou desenvolvem outra demência, por tanto, a elevada probabilidade de DA, faz com que seja muito importante detetar os sintomas e os fatores de risco em fases iniciais (Oviedo, 2016).

Atualmente os novos critérios propostos pela National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) incluem o DCL como estágio prodromico de DA, o critério

central é a alteração da memória, e inclui biomarcadores no diagnóstico. O primeiro passo para identificar o DCL é a partir do reporte do doente ou informante estabelecendo um nível pré mórbido, o segundo passo é a caracterização do DCL a partir de medidas cognitivas e funcionais, em terceiro lugar se deve determinar a etiologia do DCL para eliminar a possibilidade de outras causas e por último se determina a presença de biomarcadores, que podem ser: atrofia do lóbulo temporal medial, valores anormais das proteínas beta amiloide e tau em LCR e Hipo metabolismo no córtex temporoparietal (NINCDS, 2019).

Os resultados observados em diversos estudos que analisaram o défice cognitivo em função da idade, mostram uma deterioração mais rápida nos doentes mais idosos, por outro lado outros estudos realizados em doentes com DA não mostraram diferenças na deterioração entre os doentes muito idosos, mas sim apresentaram um maior deterioro funcional nos doentes maiores de 85 anos. As alterações no funcionamento cognitivo também podem ser explicadas pelas comorbilidades medicas ou psiquiátricas que muitas vezes os idosos apresentam (Saldaña, 2018).

As diferenças encontradas no funcionamento cognitivo de idosos, saudáveis ou com alguma doença, podem ser interpretados a partir da teoria da Reserva Cognitiva (RC). Stern (2009) propõe o conceito de reserva neural, que garante a realização dos processos cognitivos de forma mais eficiente quando aparece o deterioro cerebral, a função é compensada por meio de circuitos alternativos as perdas, o que permite manter as capacidades no desempenho de diversas tarefas. A RC pode-se aplicar a idosos saudáveis ou com lesão cerebral e pode explicar as diferenças individuais no funcionamento cognitivo quando há alterações e no próprio envelhecimento saudável.

Os estudos também revelaram que quando existe deterioro cognitivo em doentes muito idosos com maior RC, estes iniciaram o declínio cognitivo a uma idade mais avançada, mais uma vez alcançado o limite da compensação, o deterioro acelerou, em comparação com doentes com menor RC. (Saldaña, 2018).

Não se conhecem ainda os fatores que determinam ou causam o DCL e as demências, ambos partilham fatores de risco como a idade, o sexo, o nível educativo, fatores genéticos, estilos de vida, nível socioeconómico, etnia e os transtornos depressivos. Sabemos que a partir dos 60 anos aumenta o risco de ter DCL, e que as mulheres têm mais risco de sofrer DA, assim como um maior rendimento cognitivo global em medições iniciais pode ser um bom indicador ou fator protetor para o desenvolvimento de demências, também a

qualidade e duração da escolarização podem influir de maneira direta no funcionamento cognitivo global e na reserva cognitiva (Alzheimer España, 2020).

Outros fatores de risco que podem vir a ser modificados são a depressão, o baixo nível de escolaridade, o isolamento social e a pouca atividade cognitiva e física. Na atualidade é defendido por algumas linhas de investigação que é possível reduzir o risco de sofrer demência com a prática regular de exercício físico, evitando o consumo de tabaco ou o consumo excessivo de álcool, mantendo um peso saudável, levando uma alimentação saudável e mantendo os níveis de tensão arterial e as concentrações adequadas de colesterol e glucose (OMS, 2020). De acordo com Fontaine (2000) e a OMS (2020), os critérios mais utilizados para definir o envelhecimento ativo, são a longevidade, a saúde biológica e mental, a eficácia intelectual, a competência social e a produtividade.

Outras variáveis que tem sido estudadas na sua relação com o funcionamento cognitivo, são as atividades recreativas, e de ócio, indicando que um estilo de vida ativo, que inclua atividades cognitivas estimulantes como a leitura, pintura, escrita, passatempos como palavras cruzadas, atividade física, como praticar algum desporto ou caminhar e as atividades sociais, como pertencer a grupos desportivos, universidades sénior, igrejas, entre outros, praticadas com regularidade, podem retardar o surgimento de declínio cognitivo (Alzheimer España, 2020).

O diagnóstico precoce das Demências em etapas prodrómicas, quando há alterações cerebrais subjacentes, mas ainda não há desenvolvimento da demência, pode incidir numa melhor intervenção e retardar o aparecimento de sintomas demenciais, isto faz com que o estudo do envelhecimento saudável e o Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) seja fundamental para estabelecer perfis cognitivos e fases precedentes a Demência (Oviedo, 2016).

1.3 Perturbações Neurocognitivas

O envelhecimento está ligado a um grupo de doenças mentais e neuropsiquiátricas conhecidas atualmente como Perturbações Neurocognitivas (PNC), as mais frequentes são: Perturbação Neurocognitiva Devido à Doença de Alzheimer (DA), Perturbação Neurocognitiva Vascular, Perturbação Neurocognitiva Corpos de Lewy e Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal (DSM-5, 2014).

Até há pouco tempo o diagnóstico das demências baseava-se em critérios clínicos ou sintomas, hoje existem ferramentas que permitem medir o funcionamento do cérebro a nível biológico com marcadores da beta-42, proteína Tau total e proteína Tau fosforilada e novos

marcadores que permitem medir outros processos biológicos que ocorrem no cérebro, como a inflamação, a neuro degeneração ou a perda sináptica (Alcolea, 2019).

A DA, é o tipo de demência mais frequente na população, é uma doença neurodegenerativa, incurável e altamente prevalente na população geriátrica (Alzheimer's Association Report, 2016). Caracteriza-se por uma perda grave da memória e um declive funcional. Pode existir o diagnóstico de DA provável e DA possível. Para a DA provável, o início dos sintomas deve apresentar-se de forma progressiva e insidiosa, sem alteração do nível de consciência e sem a presença de outras doenças neurológicas que causem deterioro progressivo da memória e de outras funções cognitivas como as capacidades viso espaciais, linguagem, raciocínio, juízo, e praxis, além de alterações de conduta. Deve haver uma demência diagnosticada mediante exame clínico e confirmada com provas neuropsicológicas. A DA possível é diagnosticada em casos onde se apresenta uma síndrome de demência de início atípico, e quando não existem outras condições clínicas que expliquem o deterioro cognitivo. A DA só pode ser diagnóstica de forma definitiva após a morte, mediante análises neuropatológicas que confirmam o diagnóstico clínico realizado com o doente em vida (DSM-5, 2014).

A Perturbação Neurocognitiva Vascular refere-se aos quadros causados pela presença de doença cerebrovascular como a demência por múltiplos infartos com grandes lesões tromboembólicas, estados lacunares, lesões únicas em locais estratégicos, demência associada a lesões extensas da substância branca, angiopatia amiloide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (DSM-5, 2014).

A Perturbação Neurocognitiva Corpus de Lewy inclui não somente prejuízo cognitivo progressivo (com as primeiras mudanças ocorrendo mais na atenção complexa e na função executiva do que na aprendizagem e na memória) como também alucinações visuais complexas recorrentes e sintomas concorrentes de transtorno comportamental do sono com movimento rápido dos olhos (REM) (que pode ser uma manifestação muito precoce), além de alucinações de outras modalidades sensoriais, depressão e delírios. Outro aspecto central é o parkinsonismo espontâneo, que deve começar após o surgimento do declínio cognitivo; por convenção, são observados déficits cognitivos maiores, no mínimo, um ano antes dos sintomas motores (DSM-5, 2014).

A Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal compreende uma série de variantes sindrômicas, caracterizadas pelo desenvolvimento progressivo de mudança comportamental e de personalidade e/ou prejuízo na linguagem. Indivíduos com a variante comportamental do

TNC frontotemporal maior ou leve apresentam graus variados de apatia ou desinibição. Podem perder interesse na socialização, no autocuidado e nas responsabilidades pessoais ou evidenciar comportamentos socialmente inadequados. O insight está, em geral, prejudicado, o que costuma retardar a consulta médica. A variante linguística do TNC frontotemporal maior ou leve inclui afasia progressiva primária, com surgimento gradual, com três subtipos comumente descritos: variante semântica, variante agramatical/não fluente e variante logopênica, sendo que cada uma reúne características distintivas e neuropatologia correspondente (DSM-5, 2014).

1.4. Depressão e envelhecimento

A OMS estima em 2015 um total de pessoas com depressão a nível mundial, de mais de 300 milhões, sendo a primeira causa de incapacidade e a quarta causa de morbilidade e perda de qualidade de vida. Portugal possui mais de 100 mil pessoas com depressão. O inquérito nacional de Saúde realizado em 2014 estimou uma frequência da sintomatologia depressiva de 10%. Esta frequência de pessoas com sintomas depressivos foi mais alta em faixas etárias mais avançadas, sendo 38,7% das pessoas com sintomas depressivos reformadas e mais das 70% mulheres. Esta proporção diminuiu com o aumento do nível de escolaridade: 21% das pessoas que não tinham completado qualquer nível de ensino tinham sintomas depressivos, em comparação com 3,2% de pessoas com depressão e que tinham completado o ensino superior (CNS, 2019).

Muitas pessoas, especialmente idosos, podem estar a ser mal diagnosticados ou insuficientemente tratados. A depressão, considerada uma perturbação do humor, revela-se de difícil diagnóstico em pessoas idosas devendo ser considerada presente quando houver sintomatologia depressiva, dissociada de causas orgânicas e quando os tratamentos clínicos não promovem melhorias da situação. A dificuldade de diagnóstico está relacionada com reações normais às perdas físicas e cognitivas que ocorrem com o envelhecimento. Frequentemente a velhice esta associada a melancolia e tristeza derivada das perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, esta relação pode fazer com que a sintomatologia depressiva seja pouco valorizada (APA, 2014).

A depressão varia de acordo com o nível da severidade e duração, podendo mesmo tornar-se incapacitante, sendo geralmente recorrente e acompanhada por sintomatologia física e psicológica. Numa fase inicial de depressão o indivíduo apresenta sintomas típicos como: humor triste constante, perturbações do sono, perdas a nível do apetite, de peso (excecionalmente aumento), do interesse ou prazer pelas atividades comuns, ou ainda de

energia e consequente fadiga, pensamentos de autorrecriinação e culpa, perturbações de concentração e de tomada de decisões, diminuição da libido e por vezes ansiedade, irritabilidade, agitação e/ou lentidão. Em casos de depressão grave podem ainda ocorrer ideações suicidas, planos ou mesmo tentativas de suicídio; recusa em alimentar-se; delírios e/ou alucinações. Em termos clínicos a perturbação é diagnosticada quando estão presentes cinco ou seis sintomas dos referidos. Também são conhecidas as depressões atípicas, nas que se apresenta a depressão “sem tristeza” com presença de apatia, perturbações percebidas a nível cognitivo, ansiedade, somatização e preocupação excessiva com o corpo (DSM-5, 2014).

É importante ter em conta que as queixas de memória não só respondem a DC, também podem ser explicadas como sintomatologia de uma perturbação de ansiedade ou depressão, pelo que é sempre necessário avaliar o funcionamento cognitivo em conjunto com o ajustamento emocional. A ansiedade e a depressão têm uma relação negativa com o funcionamento cognitivo global e o bem-estar geral, alterando as relações interpessoais e o apoio social percebido (Cancino, 2016). A depressão é uma doença de alta incidência no idoso, devido à própria percepção da sua crescente incapacidade física, do enfraquecimento das suas capacidades cognitivas e das perdas concretas, como amigos, parentes condição económica e da diminuição geral da sua atividade laboral e social. (Reyes, 2016). De acordo com os estudos 10 a 15% das pessoas idosas cumpre os critérios de diagnóstico para a depressão, havendo recorrência nos pacientes no prazo de três anos. O risco aumenta para os idosos institucionalizados, sendo que 40% destes estão deprimidos (DGS, 2017). Estudos em esta área tem mostrado uma incidência de sintomas depressivos consideravelmente mais alta em idosos institucionalizados, em comparação com idosos que vivem no seu domicílio e continuam inseridos na sua comunidade. (Dozeman et al., 2010). Contudo, a literatura refere que a idade por si só não será o fator determinante para o desenvolvimento da depressão, mas sim, as doenças associadas ao declínio físico e psíquico, bem como ao isolamento social. Um estado de saúde vulnerável está associado a maior risco de apresentar sintomatologia depressiva. O humor depressivo nos idosos está associado à forma como os sujeitos no geral vivenciam a dor, experienciam e desenvolvem estratégias para lidar com a mesma (Iliffe et al, 2009). A presença de sintomas depressivos que não preenchem os critérios diagnósticos, indica um elevado risco de desenvolvimento de uma perturbação depressiva. Por tanto, é muito importante reconhecer esta sintomatologia no idoso, sem discriminar, nem descredibilizar o sofrimento psicológico que está a causar, e desenvolver estratégias

preventivas que permitam aliviar os sintomas e manter o bem-estar geral (Dozeman et al., 2010).

Existem evidências que indicam que a depressão está diretamente relacionada com a qualidade de vida do idoso. A OMS define a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem do seu lugar no mundo, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem em relação com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (OMS, 2020). Assim a qualidade de vida nos idosos saudáveis ou com demência está muito relacionada com a sintomatologia depressiva.

1.5. A Institucionalização

A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, é importante conhecer e estudar o seu impacto e promover as boas práticas que promovam o conforto e a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada (Neto, 2011).

A institucionalização é uma decisão difícil de tomar em muitos casos, quer para o idoso, quer seja para a família. Desde sempre tem sido evitada, adiada ou rejeitada pela maioria de pessoas idosas, estando associada a abandono, doença e outras conotações negativas que na atualidade se tentam modificar. Mesmo com os problemas e desafios que as instituições ainda têm que melhorar ou ultrapassar, constituem uma resposta social necessária e cada vez mais procurada, sendo em muitas ocasiões a melhor ou a única alternativa na vida das famílias e dos idosos (Sequeira, 2018).

Os efeitos da institucionalização nos idosos têm sido muito estudados nas últimas décadas e é tema de alguma controvérsia, residir em instituições e o tempo de institucionalização foram apontados como fatores de risco para a depressão em idosos, por alguns autores, também é ressaltado em estudos anteriores a despersonalização dos cuidados prestados pelos profissionais, argumentam que grande parte dos investigadores ignora a vida das pessoas idosas antes da sua admissão. Os lares de idosos têm sido frequentemente rotulados como sistemas fechados, onde aos residentes é destituído o passado e negado o futuro. Por outro lado, também apontam que as instituições não podem ser culpadas pela dependência do idoso, que é muitas vezes provocada por desigualdades estruturais na economia em geral durante o seu ciclo de vida (Vaz, 2011).

Segundo Oliveira (2011), os idosos ao deixarem a sua casa para irem viver a uma ERPI, experienciam muitas perdas: casa, pertences, animais, económicas, de rotina familiar, de vizinhos e amigos, representando grandes mudanças de vida. Esses idosos também sofrem perdas psicológicas profundas relacionadas com a independência, a liberdade, autonomia e privacidade. As instituições podem estar bem constituídas e possuir ótimos recursos materiais e humanos, mas como implica sempre múltiplas perdas, vai existir uma lacuna entre os laços familiares e sociais até aí construídos. Reconhecer estes fatos e criar procedimentos humanizados que facilitem o processo, colmatem as perdas e consigam dar resposta as dificuldades apresentadas, permite modificar o estigma que a institucionalização ainda tem na comunidade e valoriza e reconhece o papel que este tipo de resposta social tem na família e na comunidade.

Os idosos em muitos casos encaram a mudança para uma instituição como inevitável, aceitam e vêm de forma positiva a nova condição de vida, ao reconhecer as próprias limitações para garantir a sua funcionalidade e conforto, tem consciência das dificuldades por que passaram na vida antes da mudança para uma ERPI, relatam momentos de solidão, de depressão e de trabalho árduo, e em certos casos até sentem alívio porque deixam de ser um problema para os seus familiares e podem ter um relacionamento mais positivo (Vaz, 2011).

Na realidade a institucionalização proporciona na generalidade maior segurança, saúde e bem-estar a pessoa idosa que não tem capacidade ou apoio familiar suficiente para ficar a residir na sua residência com a segurança, o conforto e a qualidade de vida adequados (Neto, 2011). As ERPI podem ser um meio para manter os idosos ativos a nível físico, cognitivo e social, através da promoção dos interesses individuais, hobbies, atividades de lazer, interação social, entre outras atividades que podem melhorar significativamente a qualidade de vida dos idosos. A promoção e prática de um estilo de vida ativo dentro das instituições previne doenças (hipertensão, diabetes, doença cardíaca, obesidade, etc.) ligadas à vida sedentária em que muitos idosos se encontram, por falta de iniciativas ou de oportunidades de lazer que podem vir a sofrer quando se encontram no seu domicílio com dificuldades de locomoção e escasso suporte social (Vaz, 2011).

Para que a vida na instituição seja bem-sucedida é importante que as instituições criem ambientes, estimulantes e adaptados, com atividades que procurem manter a saúde, a autonomia e promovam o envelhecimento ativo, com cuidados humanizados e adaptados às necessidades e preferências individuais. Devem ser tidas em consideração todas as dimensões do idoso, a nível individual e social, sem esquecer que o bem-estar deve ser promovido dentro

da instituição, mas também na própria comunidade, já que a institucionalização não deve representar um corte com a vida fora. Os familiares devem manter o contato de forma regular e as atividades na comunidade devem fazer parte das rotinas diárias.

2. Objetivo

Tendo em consideração o aumento significativo da população idosa, as dependências físicas e psicológicas que em maior ou menor grau o envelhecimento acarreta, e que exige uma prestação de cuidados e respostas sociais adaptadas às diferentes necessidades, este estudo pretende avaliar o funcionamento cognitivo de pessoas maiores de 65 anos que se encontram institucionalizados, ou a residir na sua própria habitação. Compara o nível de funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados com os que permanecem na sua residência. E avalia e compara o nível de ajustamento emocional - presença de sintomatologia depressiva nos dois grupos.

Com este estudo é esperado que existam diferenças no funcionamento cognitivo e o ajustamento emocional entre o grupo de pessoas maiores de 65 anos que se encontram institucionalizadas e o grupo de pessoas que continuam a morar na sua residência familiar ou habitual.

Pretende-se ainda avaliar a relação entre o funcionamento cognitivo e as suas diferentes dimensões e outras variáveis sociodemográficas tais como, o sexo, a idade, o estado civil, escolaridade, uso de internet entre outras variáveis presentes no questionário sociodemográfico.

PARTE II

1. Metodologia

1.1 Participantes

Para a realização deste estudo foram recrutados 50 participantes, de acordo com os critérios de inclusão: 65 ou mais anos de idade, com ausência de condições clínicas, que afetem a execução da tarefa, existência de alterações visuais e/ou auditivas não corrigidas e motoras, que não permitam a execução das provas.

A seleção da amostra foi dividida em dois grupos, um grupo foi conformado por 30 utentes de uma ERPI privada localizada numa zona privilegiada em Lisboa, o outro grupo foi conformado por 18 idosos que residiam na sua residência particular e 2 que residiam em uma outra ERPI.

Como se verifica na Tabela 1. Os participantes foram 30 do género feminino e 20 do género masculino, a idade mínima dos homens foi de 80 anos e das mulheres de 76 anos, a idade máxima dos homens foi de 102 anos e das mulheres 94. A média de idade do grupo institucionalizado foi de 80 anos e do grupo não institucionalizado de 74 anos. No referente às habilitações literárias os idosos institucionalizados apresentaram maior nível de escolaridade com 44% dos participantes com nível de ensino superior, em comparação com o grupo não institucionalizado que representou o 22%. Os idosos institucionalizados têm menos acesso e utilizam menos a internet com 19% em comparação com 44% dos que residem na sua própria habitação.

Fez-se uma comparação através do test t de Student para avaliar se existiam diferenças entre os grupos, nas diferentes variáveis sociodemográficas em relação com o desempenho nas provas de avaliação do funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva.

1.2 Instrumentos

Para a caracterização geral dos idosos que participaram no estudo foi aplicado um questionário sociodemográfico para estabelecer os seguintes indicadores: Idade, sexo, escolaridade, agregado familiar, estado civil, suporte familiar e social, familiarização com a tecnologia e autonomia, acesso à internet e uso das redes sociais.

O protocolo de investigação incluiu as seguintes provas neuropsicológicas seleccionadas de acordo com os objetivos do estudo:

Montreal Cognitive Assessment (MoCA); Freitas, S., Simões, M.R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, 2013) constitui um instrumento breve de rastreio cognitivo que

permite distinguir adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com défice cognitivo, e os diferentes estádios do mesmo. O MoCA é constituído por um protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos. Com uma pontuação máxima de 30 (pontos), um valor igual ou superior a 26 é considerado adequado de acordo com os critérios estabelecidos para a população portuguesa. Avalia oito domínios cognitivos: as funções executivas são avaliadas através de uma tarefa adaptada do Trail Making Test B (1 ponto), de uma prova de fluência verbal fonética (1 ponto) e de dois itens de semelhanças que avaliam a capacidade de abstração (2 pontos). As capacidades visuoespaciais são avaliadas por meio da cópia do cubo (1 ponto) e o desenho do relógio (3 pontos). Com uma lista de 5 palavras é avaliada a evocação diferida após 5 minutos (5 pontos). A atenção, a concentração e a memória de trabalho são avaliados através da repetição de uma sequência numérica no sentido direto (1 ponto) e em sentido inverso (1 ponto), uma tarefa de cancelamento e outra de subtração em série (3 pontos). O domínio da linguagem é examinado com uma prova de nomeação de 3 animais (3 pontos), a repetição de duas frases (2 pontos) e uma prova de fluência verbal fonética (1 ponto). Para finalizar se planteiam quatro perguntas de orientação temporal e duas de orientação no espaço para medir o domínio da orientação espaço-temporal (6 pontos).

Bateria de Avaliação Frontal – (Frontal Assessment Battery-; Dubois, Slachevsky, Litvan, & Pillon, 2000); versão portuguesa de (Lima, Meireles, Fonseca, Castro, & Garrett, 2008) é um teste constituído por seis subtestes, cujo objetivo é avaliar a disfunção executiva global, nomeadamente as funções relacionadas com o lobo frontal, tais como a conceptualização ou pensamento abstrato (prova de semelhanças), flexibilidade mental (fluência fonémica), programação motora (série motora de Lúria), sensibilidade à interferência (Instruções antagónicas), controlo inibitório (go-no-go) e autonomia ambiental frontal (supressão do comportamento de preensão). É uma prova de avaliação comportamental e cognitiva. Para cada uma das provas é atribuída uma pontuação entre 0 e 3, pelo que o resultado total varia entre 0 e 18 pontos. (Garret et al., 2003).

A Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) é um teste facilmente administrado para avaliar o funcionamento cognitivo, possui itens que abordam vários domínios cognitivos, incluindo comprometimento do lobo frontal e também diversos formatos de resposta (verbal, não verbal, escrito e prático), fornecendo uma triagem abrangente da cognição geral. Composto por seis itens que avaliam vários domínios cognitivos: Item 1 –

Memória, item 2 - orientação corporal, item 3 – praxis, item 4 – desenho visuo-estrutural de um cubo, item 5 – julgamento e item 6 – linguagem. As pontuações do RUDAS variam de zero a trinta pontos e o teste pode ser administrado em menos de 10 minutos, com uma pontuação total de 30. (Storey J, Rowland J, Basic D, Conforti D & Dickson H [2004] *International Psychogeriatrics*, 16 (1) 13-31).

Questionário de Memória de Trabalho (B. Faustino, P. Lopes, J. Oliveira e C. Sousa, 2019) o questionário inclui 30 questões que avaliam a percepção que se tem do funcionamento da memória de trabalho, componente cognitivo ligado à memória, que permite o armazenamento temporário de informação com capacidade limitada, em diversas situações cotidianas.

Escala de Depressão Geriátrica-versão 15 items, é um instrumento de avaliação criado especificamente para a população idosa, e pretende detetar a presença de sintomas depressivos. É uma versão curta da escala original composta por 30 items, constituído por 15 questões com resposta dicotómica e referem-se ao modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na última semana, a pontuação vai de 0 a 15 (Reisberg, B. Ferris, SH. Leon, MJ. Crook, T, 1982. *The Global Deterioration Scale -GDS*).

Inventário de Depressão de Beck- BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) surge em 1996 e foi desenvolvido para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios do DSM-IV para diagnosticar as perturbações depressivas, composto por 21 grupos de sintomas, ou itens cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Pode ser aplicado a sujeitos a partir dos 13 anos. a pontuação global é o somatório da pontuação em todos os itens. contados de 0 a 3 pontos.

1.3. Procedimento e análises de dados

Foi iniciado o processo de recrutamento e avaliação dos participantes aptos para o estudo no início do mês de março de 2020, uma vez recebida a aprovação por parte da Comissão de Ética e Deontologia de Investigação Científica da Escola de Psicologia e

Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e a aprovação da residência MomentusSénior para iniciar a avaliação dos participantes. O processo foi longo e difícil devido à situação pandémica pela que Portugal e o mundo em geral está a passar, isto dificultou o cumprimento do número estabelecido inicialmente para a amostra e a equivalência do número de participantes nos dois grupos, também alongo o tempo previsto para a recolha da amostra. Foi explicado a cada participante os objetivos do estudo e se solicitou a leitura e assinatura do consentimento informado, o questionário sociodemográfico e as provas foram preenchidas pelo investigador.

Os dados foram tratados e analisados com recurso ao software JASP (0.14.1) e o Software Statistical Package for the Social Sciences- SPSS, com o objetivo de realizar uma análise do tipo descritiva e correlacional. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis. Para estabelecer as características sociodemográficas da amostra. Foram realizados testes t-Student e ANOVA, para analisar as diferentes dimensões sociodemográficas e a sua influência nas provas aplicadas nos dois grupos (idosos institucionalizados e não institucionalizados) e foram estabelecidas as correlações entre as variáveis sociodemográficas e os itens das dimensões que compõem as provas de funcionamento cognitivo na bateria de avaliação.

PARTE III

Resultados

Após a recolha de dados, os mesmos foram analisados e tratados no programa estatístico JASP (0.14.1) e o Software Statistical Package for the Social Sciences- SPSS. Foram analisadas as variáveis para verificar se existem diferenças significativas segundo o critério de institucionalização, sexo e escolaridade. Foram comparadas às características sociodemográficas e os totais obtidos pelos participantes nos instrumentos de avaliação neuropsicológica (MOCA, FAB, RUDAS, QMT, GDS e BDI). Também foram analisadas de forma isolada as diferentes dimensões das provas de funcionamento cognitivo (MoCA, FAB e RUDAS) em função da institucionalização.

No Apêndice 2 se apresentam as tabelas com a media dos resultados totais nas provas de avaliação em função da institucionalização, a media obtida pelo grupo institucionalizado no MoCA foi de 22, na FAB 13 e no RUDAS 22. O grupo não institucionalizado obteve uma média no MoCA de 21, 13 na FAB e 24 no RUDAS. O ponto de corte foi de 15 na FAB e 26 no MoCA, pelo que se pode concluir que os dois grupos tiveram um desempenho abaixo do esperado em estas duas provas, sendo que 21 pessoas do grupo institucionalizado pontoaram abaixo do ponto de corte no MoCA (26), e a pontuação mais baixa foi de 11 pontos. No grupo não institucionalizado, 12 pessoas tiveram resultados abaixo do ponto de corte, e a pontuação mais baixa foi de 7 pontos. Na FAB 10 pessoas do grupo não institucionalizado e 13 pessoas do grupo institucionalizado apresentaram pontuações abaixo do ponto de corte (15).

Na avaliação da sintomatologia depressiva o grupo institucionalizado obteve 10 pontos na BDI e o não institucionalizado 13.

A media dos resultados totais nas provas de avaliação em função do sexo (Tabela 3) revelou pontuações mais altas no sexo masculino em: MoCA, FAB, GDS, QMT e BDI.

Os resultados totais em função de escolaridade revelaram pontuações mais altas no MoCA no grupo com Ensino Secundário (26). Na FAB e RUDAS as pontuações mais altas pertencem ao grupo com Ensino Superior (15 e 25). Os grupos com 1º-2º e 3º Ciclo obtiveram pontuações mais altas no GDS e BDI (Tabela 4).

No análises das dimensões que compõem o MoCA (Tabela 5) observou-se uma pontuação igual ou mais elevada em todas as dimensões no grupo institucionalizado, com exceção da Evocação Diferida que apresento uma média mais alta no grupo não institucionalizado.

Nas dimensões da FAB e do RUDAS os resultados foram muito semelhantes nos dois grupos (Tabela 6 e 7) a fluência Lexical da FAB foi a dimensão que mostrou mais diferença entre as médias, com 2 pontos no grupo institucionalizado e 1,5 no não institucionalizado.

Realizou-se a correlação de *Pearson*, para os valores obtidos nos domínios que compõem as provas e as pontuações totais, com as variáveis sociodemográficas. Verifica-se correlação negativa da variável idade com alguns domínios do MoCA, da FAB.

MoCA domínio visuo - espacial - $r = -0.310$, $p = 0.029$. MoCA domínio atenção - $r = -0.364$, $p = 0.009$. MoCA domínio linguagem - $r = -0.455$, $p = .001$. MoCA domínio evocação diferida - $r = -0.526$, $p = 0.000$. MoCA domínio orientação - $r = -0.36$, $p = 0.009$. MoCA total - $r = -0.487$, $p = 0.000$. Na FAB no domínio do controlo inibitório (GO) $r = -0.337$, $p = .017$.

A variável idade e o MoCA têm correlação negativa, que indica uma relação inversa, o que significa que a mais idade menor o valor do MoCA total e dos domínios acima referidos.

Por outro lado, verifica-se na GDS uma correlação positiva, ou seja, mais idade está associada a mais sintomas depressivos.

GDS total $r = 0.312$, $p = 0.028$.

Discussão

O objetivo geral desta investigação foi comparar o funcionamento cognitivo e ajustamento emocional de idosos que residem em uma ERPI, com idosos que vivem no seu domicílio habitual. Os grupos foram avaliados com os seguintes instrumentos: MoCA, FAB, RUDAS, QMT, GDS e BDI.

Existem investigações que valorizam a permanência do idoso no seu domicílio habitual, inserido dentro da sua comunidade, outros estudos ressaltam a importância que uma instituição tem para garantir os cuidados, a segurança e bem-estar geral do idoso.

Bockerman, 2012, verificou que os idosos institucionalizados têm níveis mais altos de satisfação com a vida que os que habitam nas suas casas, já que na sua generalidade o idoso tem menos condições para cuidar com conforto e segurança de si mesmos, pelo que o fato de ir para uma ERPI garante condições de vida mais satisfatórias, e na maioria dos casos os idosos têm um bom ajustamento no processo de adaptação à institucionalização (Satuf e Bernardo, 2015).

O Conceito de qualidade de vida no idoso envolve diversas variáveis como, nível de satisfação geral com a vida, felicidade, autoestima, ter saúde e forma física, manter

relacionamentos sociais e familiares satisfatórios. Muitos autores ressaltam a importância da saúde na percepção que o próprio idoso tem do seu bem-estar e qualidade de vida, pelo que a institucionalização garante os cuidados médicos, de enfermagem e apoio nos cuidados que eles precisam para manter ou melhorar o seu estado geral de saúde, conforto, bem-estar, assim como garante a manutenção das relações sociais e o estabelecimento de rotinas que fazem parte das atividades de vida diária do idoso. Por outro lado, existem outros autores a indicar que a institucionalização pode gerar maior dependência funcional, em comparação com os idosos que se mantêm no seu domicílio habitual (Estrada, 2011).

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, e considerando que o grupo de idosos institucionalizado tem uma média de idade mais elevada (80 anos) que o grupo não institucionalizado (74 anos) e também apresenta um nível de escolaridade mais elevado, podemos ressaltar que os resultados totais obtidos no Moca são um pouco mais elevados nos idosos que se encontram institucionalizados, assim como os resultados obtidos no QMT, e também se verificam níveis de depressão mais baixos em este grupo. Os resultados são significativos na medida que confirmam teorias e estudos anteriores que ressaltam a importância da educação como uma variável muito influente no funcionamento cognitivo do idoso. É possível reforçar através do estudo a importância da educação como fator protetor para a aparição de demência, interferindo nos processos patogénicos e retardando-os, assim como atrasando a expressão clínica do deterioro. A teoria da reserva cerebral (RC) estabelece uma série de fatores, congénitos e ambientais que proporcionam mecanismos quantitativos (tamanho do cérebro, número e tamanho de neurónios e conexões neuronais) e qualitativos (estratégias cognitivas, experiência, repertório de conduta) que tornam o sujeito mais resistente a processos patológicos ou deterioro cerebral. Estes mecanismos pelos quais se estabelece a RC podem estar geneticamente determinados e também dependem de fatores ambientais tais como alimentação, educação, atividades recreativas, idade, entre outras variáveis (Stern, 2009).

Também podemos confirmar através do estudo, a correlação direta que existe entre a idade e o funcionamento cognitivo, assim como mais idade está associada a mais sintomas depressivos. Como se verifica em estudos como os apresentados por Saldaña, referenciado no enquadramento teórico.

As diferenças identificadas entre os grupos, mesmo não sendo significativas podem servir como ponto de partida para investigações futuras, tendo em consideração que os idosos que pertencem ao grupo dos institucionalizados, são de classe social alta, com um elevado

nível de escolaridade e a ERPI onde residiam, é bem referenciada e diferenciada, presta serviços de qualidade e excelência, que podem vir a contrariar os preconceitos e a conotação negativa que a institucionalização tem na vida dos idosos, sendo muitas vezes considerada como a última opção para muitas pessoas, que decidem continuar a morar na sua residência habitual, mesmo sem condições que garantam a segurança e o bem-estar geral. É muito importante que o idoso e/ou a sua família prepare a velhice com antecedência, tome decisões baseadas em critérios reais e objetivos que garantam em todos os casos a saúde física e emocional do idoso, abordado de modo interdisciplinar em todas as suas dimensões.

A partir do estudo é possível verificar que as diferenças no funcionamento cognitivo identificadas entre os idosos e tendo como indicador os resultados obtidos nas provas aplicadas, não se podem associar ao fato do idoso estar institucionalizado ou a viver na sua residência habitual, é preciso ter em consideração variáveis como escolaridade, nível socioeconómico, profissão, suporte social e presença ou não de sintomatologia depressiva, entre outras variáveis.

Neste estudo podem identificar-se limitações, nomeadamente: a recolha da amostra foi dificultada pela situação pandémica causada pela COVID-19, limitou o acesso à população idosa que deixou de frequentar locais públicos e também não era conveniente visitar as pessoas no seu domicílio, pelo que a amostra foi menor à inicialmente proposta e os grupos não ficaram proporcionalmente distribuídos. Também como a amostra foi de conveniência, não foram controladas variáveis sociodemográficas tais como a escolaridade, o nível socioeconómico, e o tempo de institucionalização.

Como sugestões para estudos futuros, seria relevante reunir um maior número de participantes para obter resultados mais consistentes e fidedignos. Comparar idosos de diferentes ERPI, para avaliar as diferenças entre as instituições e as suas características, assim como ampliar a amostra de idosos que residem na sua habitação.

Um maior conhecimento em esta área pode ser de grande utilidade para o desenvolvimento de respostas sociais adaptadas às necessidades e características individuais do idoso português, com ambientes adaptados e estimulantes. Quer seja institucionalizada ou a viver na sua própria habitação, a população geriátrica merece viver com conforto, bem-estar e qualidade de vida, de forma plena e feliz a última fase do ciclo vital, e a sociedade e os meios intervenientes devem estar preparados para garantir que isto seja possível.

Referencias

- Alcolea, D, (2019). Novidades e controversia em envelhecimento cerebral e demencias: 32ª Reunião do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) 2019, Lisboa: GEECD.
- Alzheimer Espanha, 2020. <http://www.alzfae.org/fundacion/147/causas-del-alzheimer>. Acedido em 24 de Abril, 2020 de Alzheimer <http://www.alzfae.org/fundacion/>.
- Alzheimer Portugal, 2020. <https://alzheimerportugal.org/pt/prevalencia>. Acedido em 17 de abril, 2020 de Alzheimer Portugal em <https://www.alzheimerportugal.org>.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azeredo, Z. (2011). O Idoso Como Um Todo. (1ªed). Viseu: PsicoSoma.
- Base de Dados de Portugal Contemporâneo [PORDATA], 2020. <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>. Acedido em 10 de abril, 2020 de PORDATA em <https://www.pordata.pt/Portugal>.
- Beck, A. T, Steer, R. A., & Brown, G. (1996). BDI-II: Beck Depression Inventory-II Manual. New York: Psychological Corporation.(Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004).
- Cancino, M., Rehbein, L. (2016). Anticipatory signs and risk factors for Mild Cognitive Impairment (MCI): A synoptic view. Acedido em 10 de janeiro de 2020 em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php>
- Concelho Nacional de Saude. Sem mais tempo a perder-Saude mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa:CNS, 2019.
- Direção Geral de Saúde (DGS) Depressão e outras perturbações mentais comuns, 2017. Acedido a 10 de janeiro de 2021 em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Dozeman, Harm W.J. Marwijk, Digna J.F. Schaik, Max L. Stek, Henriette E. et al. (2010) High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community, *Aging & Mental Health*, 14:7, 828-833, DOI: 10.1080/13607861003781817
- Estrada, A. Cardona, D. Segura, A. Chavarriaga, L. Ordóñez, J. Osorio, J. (2011). Calidad de

- vida de los adultos mayores de Medellín Biomédica, vol. 31, núm. 4, pp. 492-502 Instituto Nacional de Salud Bogotá, Colombia.
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M.R., & Santana. (2013). Importância do rastreio cognitivo na população idosa (Temas em Psicologia do Envelhecimento (Vol.I), Revista E-Psi, 3(1), 4-24).
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento (1ªed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Garrett, C., Santos, F., Tracana, I., Barreto, J., Sobral, M., & Fonseca, R. (2003). Avaliação Clínica da Demência. IN. A Mendonça, M. Guerreiro e Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Eds.), Escalas e testes na demência. Lisboa: Novartis.
- Guzmán, E., Pérez, B., Casas, A., Carrasco, A., González, L., Juárez, R., (2016) Prevention of physical dependence and cognitive impairment by implementing an early rehabilitation program in institutionalized elderly. Acedido em 10 de janeiro de 2020 em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
- Justo-Henriques SI, MarquesCastro AE, Otero P, Vázquez FL, Torres AJ. Programa de estimulación cognitiva individual de larga duración para personas con trastorno neurocognitivo leve: estudio piloto. Rev Neurol 2019; 68: 281-9.
- Lamas, M, Paúl, C. (2013). O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida (actas de Gerontologia (Vol.1), Nº 1 p.2).
- Iliffe S, Robinson L, Brayne C, Goodman C, Rait G, Manthorpe J, Ashley P; DeNDRoN Primary Care Clinical Studies Group. Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. Int J Geriatr Psychiatry. 2009 Sep;24(9):895-901. doi: 10.1002/gps.2204. PMID: 19226529.
- López, C., Sánchez,J.L., Martin, J.(2020). Exploratory analysis of the influence of cognitive reserve on the benefits of cognitive stimulation therapy in patients with sporadic late-onset Alzheimer's disease. Revista de Neurologia, 70 (8): 271-281.
- National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, 2019. [https:// www. ninds.nih.gov/](https://www.ninds.nih.gov/). Acedido a 19 de Abril de 2020 em <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Alzheimers-Disease-Information-Page>.
- Neto, M., Real, J. (2011). A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. Instituto Superior de Psicologia Aplicada-Instituto Universitário (ISPA-IU).
- Oliveira, A., Gomes, M., Paiva, K. (2011) Institutionalization and quality of life in elderly at

- metropolitan region in Vitória – ES, Brazil. Esc. Anna Nery vol.15 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2011 <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300011>
- Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020. <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/> . Acedido a 10 de abril, 2020 de OMS em <https://www.who.int/home>.
- Oviedo, A., Britton, G., & Villareal, A (2016). Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos (Revistas Académicas. Investigación y Pensamento Crítico (Vol. 4), 61-91.
- Pereira, G. M., Cardoso, A., Verdelho, A., Silva, J., Almeida, C. M., Fernandes, A., et al.(2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. www.elsevier.pt/rssp. Acedido em 10 de janeiro de 2020 em <http://elsevier.pt/rssp/>.
- Petersen, R. (2016). Mild Cognitive Impairment (Continium Journal Review Article 22(2):404–418.
- Ramos, A & Cavalheiro, H. (2014). Avaliação Neuropsicológica na Doença Alzheimer e Demência Frontotemporal: critérios nosológicos. Interação Psicol., Curitiba, v. 18, n. 3, p. 391-397.
- Reisberg, B. Ferris, SH. Leon, MJ. Crook, T, 1982. The Global Deterioration Scale (GDS). Tradução para português por Olívi Robusto-Leitão, e Ana Nina, validada por Isabel Monteiro, M.D e Barry Reisberg.
- Reyes, V, Villafañá, Y, Menéndez, C , Sánchez, (2016). Quality of life and dementia. (Rev. Arch Med Camagüey Vol 20 (1) Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba).
- Saldaña, D. Herrera, Gómez, A. Campo, S. Salgado, P, et al. Deteriorocognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. Rev Neurol 2018; 67: 325-3
- Segurança Social Republica Portuguesa 2020. <http://www.seg-social.pt>. Acedido a 31 de Maio, 2020 em <http://www.seg-social.pt/idosos>.
- Sequeira, C. (2018) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.
- Stern Y. Cognitive reserve. Neuropsychologia. 2009 Aug;47(10):2015-28. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004. Epub 2009 Mar 13. PMID: 19467352;

PMCID: PMC2739591.

Vaz, S. Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança.

Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 4, julio, 2011, pp. 49-58 Escola Superior de

Enfermagem

de

Coimbra.

APÊNDICES

Apêndice 1. Variáveis Sociodemográficas dos grupos.	ii
Apêndice 2. Tabelas de Apresentação de Resultados.	iii
Apêndice 3. Questionário sociodemográfico.....	vi
Apêndice 4. Termo de Consentimento informado.....	ix

Apêndice 1. Variáveis Sociodemográficas dos grupos.

Tabela 1. Frequências Absolutas das variáveis sociodemográficas dos grupos em função da variável institucionalização.

Variáveis Sociodemográficas	Grupo de idosos institucionalizados	Grupo de idosos <u>não</u> institucionalizados
N	32	18
Sexo		
Feminino	17	5
Masculino	15	13
Escolaridade		
1º Ciclo	4	6
2ª/3º Ciclo	7	6
Ensino Secundário	7	2
Ensino Superior	14	4
Estado Civil		
Divorciado/a	1	0
Casado/a	4	14
Viúvo/a	27	4
Infância		
Meio Rural	4	12
Meio Urbano	27	5
Acesso a Internet		
Sim	6	8

FONTE: elaborada pela autora

Apêndice 2. Apresentação de Resultados.

Tabela 2. Média dos resultados totais nas provas de avaliação em função da variável institucionalização

<i>Institucionalização</i>	Grupo de idosos institucionalizados	Grupo de idosos não institucionalizados
Instrumentos		
N	(n=32)	(n=18)
MoCA total	22	21
FAB total	13	13
RUDAS total	22	24
GDS total	5.3	5.7
QMT total	82	81
BDI total	10	13

Tabela 3. Média dos resultados totais nas provas de avaliação em função da variável sexo.

<i>Sexo</i>	Feminino	Masculino
Instrumentos		
N	(n=32)	(n=18)
MoCA total	21.4	22.4
FAB total	13	14
RUDAS total	23	23
GDS total	5.2	5.8
QMT total	79	86
BDI total	10	14

Tabela 4. Media dos resultados totais nas provas de avaliação em função da variável escolaridade.

<i>Escolaridade</i>	1ºciclo	2º/3º ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior
Instrumentos				
N	(n=32)		(n=18)	
MoCA total	18	20	26	23
FAB total	10	13	13	15
RUDAS total	21	24	20	25
GDS total	6	6	4	5
QMT total	85	86	87	74
BDI total	17	12	11	7.8

Tabela 5. Media dos resultados totais nas dimensões do Moca em função da variável institucionalização.

	Grupo de idosos institucionalizados	Grupo de idosos não institucionalizados
<i>Moca dimensões</i>		
N	(n=32)	(n=18)
MoCA VE	3.7	3.4
MoCA NOM	2.7	2.4
MoCA AT	4.3	3.5
MoCA LIN	2.1	2.1
MoCA ABS	1.5	1.5
MoCA ED	2.3	2.7
MoCA ORI	5.5	5.5

Tabela 6. Media dos resultados totais nas dimensões da FAB em função da variável institucionalização.

	Grupo de idosos institucionalizados	Grupo de idosos não institucionalizados
<i>FAB dimensões</i>		
N	(n=32)	(n=18)
FAB SEM	2.5	2.4
FAB FL	2.0	1.5
FAB SM	2.3	2.4
FAB SI	1.9	1.9
FAB GO	2.0	1.9
FAB AA	2.8	3.0

Tabela 7. Media dos resultados totais nas dimensões do RUDAS em função da variável institucionalização.

	Grupo de idosos institucionalizados	Grupo de idosos não institucionalizados
<i>RUDAS dimensões</i>		
N	(n=32)	(n=18)
RUDAS M	5	6
RUDAS VE	4.7	4.8
RUDAS P	1.7	1.6
RUDAS VC	1.9	2
RUDAS J	2.6	3
RUDAS L	6.6	6.8

Apêndice 3. Questionário Sociodemográfico

Por favor coloque um “X” na opção que melhor reflete aquilo que pensa ou sente, ou responda por escrito se for o caso da questão.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino () Feminino ()

3. Escolaridade: Até ao 4ª ano () 5º ao 9º ano () 10º ao 12º ano () Ensino Superior ()

4. Agregado Familiar: Sozinho () Família () Família de Acolhimento ()

Outro: () Qual: _____

5. Estado Civil

Solteiro(a) () Separado(a) () Divorciado(a) () Casado(a) ()

União de facto () Viúvo(a) ()

6. Tem filhos: Sim () Quantos: _____ Não ()

7. Tem contacto regular com algum familiar e/ou amigo:

Sim () Não ()

Periodicidade

Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente ()

Outro () Qual: _____

8. Recebe visita de algum familiar e/ou amigo:

Sim () Não ()

Periodicidade

Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente ()

Outro () Qual: _____

9. Doenças diagnosticadas? Psiquiátricas () Neurológicas ()

Qual: _____

10. A sua infância decorreu: Meio Rural () Meio Urbano () Ambos ()

11. Como classifica o seu nível de familiarização com a tecnologia

Nenhuma () Pouca () Média () Elevada ()

12. Tem acesso à internet? Sim () Não () Algumas vezes ()

13. Tem telemóvel? Sim () Não ()

14. Tem telemóvel com acesso à internet? Sim () Não ()

15. Quantas horas em média gasta por dia na internet?

16. Faz parte de alguma rede social? Sim () Qual: _____
Não ()

17. Com que regularidade acede à rede social?

Nunca () Ocasionalmente () Frequentemente ()

18. Grau de autonomia:

Independente () Dependente () Outro () Qual: _____

19. Habitação:

Própria () ERPI () Outro () Qual: _____

20. Recebe apoio de alguma instituição?

Sim () Outro () Qual:

Apêndice 4. Termo de Consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Convidamo-lo/la a participar neste trabalho de investigação, com o objectivo de avaliar o funcionamento cognitivo, prática de exercício físico e suporte social em pessoas com 65 ou mais anos, através da aplicação de um conjunto de provas psicológicas.

Este estudo está inserido no âmbito da dissertação do Mestrado em Neuropsicologia Aplicada, EPCV da Universidade Lusófona de Humanidades Tecnologias em Lisboa.

A sua participação é voluntária e será dividida em duas sessões de 45 minutos cada. A participação não envolve riscos conhecidos, quer ao nível físico ou psicológico, não haverá incentivos monetários à participação e poderá desistir a qualquer momento.

Os dados recolhidos são confidenciais e anónimos e, destinam-se exclusivamente a tratamento estatístico.

Para maiores informações sobre este estudo, por favor, contacte com o responsável Paulo Lopes, através do email paulo.jorge@ulusofona.pt

Declaro ter tomado conhecimento dos objectivos do estudo e aceito participar voluntariamente. Concordo com a participação no estudo de acordo com as condições acima descritas.

Agradecemos desde já a sua participação.

Rúbrica: _____ Data: ____/____/____