



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco  
Escola Superior  
de Educação

# **Saúde Mental de Pessoas Idosas e dos seus Cuidadores Formais numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas em período de Covid-19**

## **Mestrado em Gerontologia Social**

Artur Filipe Mateus Martins

## **Orientador**

Professor Adjunto Vítor Pinheira

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizado sob orientação científica do Professor Adjunto Vítor Manuel Barreiros Pinheira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**fevereiro, 2022**



## Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Eugénia Nunes Grilo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Vogais

Doutora Ermelinda Maria Bernardo Marques

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda (Arguente).

Professor Vítor Manuel Barreiros Pinheira

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco (Orientador).



Dedico este trabalho a quem de mais importante tenho na vida, a família



## Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Vítor Manuel Barreiros Pinheira, o meu agradecimento por toda a disponibilidade prestada ao longo deste projeto e pela valiosa orientação que enriqueceu em muito o meu trabalho;

À instituição na qual se desenvolveu o estudo por me ter concedido a oportunidade de o desenvolver;

Aos idosos e colaboradores da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da Instituição Particular de Solidariedade Social na qual se desenvolveu o estudo e um agradecimento especial aos que participaram no mesmo, tornando possível a sua realização;

À minha companheira, por acreditar nas minhas capacidades e mesmo tendo sentido a minha falta, foi-me dando força para concluir este projeto.

À minha família, porque eles são tudo para mim.

A todos, o meu obrigado!



## Resumo

A pandemia provocada pela *Coronavírus Disease-19*, que tem assolado o Mundo nos últimos tempos, implicou entre outras coisas a adoção de medidas restritivas na tentativa de limitar a disseminação do vírus. Além disso, o medo de ser infetado, de ficar doente devido ao vírus, do desconhecido, bem como o impacto do isolamento social e a quarentena muitas das vezes necessários para conter a propagação do vírus, compromete a saúde mental dos idosos institucionalizados, neste caso em Estrutura Residencial para Pessoas idosas, mas também dos seus cuidadores formais.

Assim, este estudo dirige-se aos idosos institucionalizados numa Estrutura Residencial para Pessoas idosas de uma Instituição Particular de Solidariedade Social do interior da região centro, bem como também aos seus cuidadores formais, sendo que o seu principal objetivo é compreender qual o impacto que a pandemia provocada pela *Coronavírus Disease-19* teve na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas naquela instituição e dos seus cuidadores formais.

Incluíram-se nesta investigação as pessoas idosas com mais de 65 anos, que residiam na instituição antes de setembro de 2018, que apresentavam capacidade de responder aos instrumentos de recolha de dados, verificado através da aplicação do teste de declínio cognitivo de 6 itens, constituindo-se esta amostra por 7 pessoas idosas. Os cuidadores formais incluídos neste estudo foram todos os que prestam cuidados às pessoas idosas na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da referida instituição, sendo esta amostra constituída por 18 sujeitos. Para a recolha de dados foram inicialmente aplicados um Questionário de Dados Gerais às pessoas idosas e outro distinto aos cuidadores formais, de forma a poder caracterizar as duas amostras. Às pessoas idosas, foram aplicadas as versões portuguesas do Inventário de Ansiedade Geriátrica de Pachana et al., a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão de 15 itens, concluindo com a realização de uma entrevista. Aos cuidadores formais foi aplicada a versão portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse versão de 21 itens de Lovibond & Lovibond, sendo que a recolha de dados aos cuidadores terminou com algumas questões relacionadas com a pandemia e a saúde mental dos mesmos.

Os resultados permitem concluir que a pandemia provocada pela *Coronavírus Disease-19* pela afetou a saúde mental das pessoas idosas, e dos cuidadores formais. No que respeita às pessoas idosas, verificou-se que o isolamento social, a privação de ver a família despertou sentimentos de ansiedade, desânimo e tristeza, sendo que deixou algumas marcas na saúde mental dos sujeitos em estudo, tal como se pode ver através dos resultados das escalas e das respostas às entrevistas. Também os cuidadores viram a sua saúde mental afetada, por sentimentos de ansiedade, stresse, com repercussões na sua saúde física, sendo que também neste caso, os efeitos da pandemia ainda se fazem sentir negativamente na saúde mental destes sujeitos.

**Palavras-chave:** *Coronavírus Disease-19*, idosos, cuidadores, saúde mental.



## Abstract

The pandemic caused by the Coronavirus Disease-19, which has plagued the world in recent times, has involved, among other things, the adoption of restrictive measures in an attempt to limit the spread of the virus. In addition, the fear of being infected, of getting sick due to the virus, of the unknown, as well as the impact of social isolation and quarantine, often necessary to contain the spread of the virus, compromises the mental health of institutionalized elderly people, in this case in Residential Structure for the Elderly, but also in their formal caregivers.

Thus, this study is aimed at the institutionalized elderly in a Residential Structure for the elderly of a Private Institution of Social Solidarity in the interior of the central region, as well as their formal caregivers, with its main objective being to understand the impact that the pandemic caused by the Coronavirus Disease-19 had on the mental health of the institutionalized elderly in that institution and on their formal caregivers.

Elderly people over 65 years old, who lived in the institution before September 2018, who had the ability to respond to the data collection instruments, verified through the application of the 6-item cognitive decline test, were included in this investigation. This sample consisted by 7 elderly people. The formal caregivers included in this study were all those who provide care to the elderly in the Residential Structure for the Elderly of the aforementioned institution, and this sample consisted of 18 subjects. For data collection, a General Data Questionnaire was initially applied to the elderly and another separate questionnaire to formal caregivers, in order to characterize the two samples. The Portuguese versions of the Geriatric Anxiety Inventory by Pachana et al., the Yesavage Geriatric Depression Scale, a 15-item version, were applied to the elderly, concluding with an interview. For formal caregivers, the Portuguese version of the Lovibond & Lovibond 21-item Anxiety, Depression and Stress Scale was applied, and data collection for caregivers ended with some questions related to the pandemic and their mental health.

The results allow us to conclude that the Coronavirus Disease-19 pandemic has affected the mental health of both the elderly and formal caregivers. With regard to the elderly, it was possible to verify that social isolation, the deprivation of seeing the family aroused feelings of anxiety, discouragement and sadness, and left some marks on the mental health of the subjects under study, as can be seen through the results of scales and responses to interviews. In turn, caregivers also saw their mental health affected by feelings of anxiety, stress, with repercussions on their physical health, and in this case, the effects of the pandemic are still negatively felt on the mental health of these subjects.

**Keywords:** Coronavirus Disease-19, elderly, caregivers, mental health.



# Índice geral

Introdução .....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
1. O processo de envelhecimento .....	4
2. Envelhecimento saudável e envelhecimento ativo .....	5
3. A institucionalização em estruturas residenciais para pessoas idosas....	7
4. Cuidadores formais de pessoas idosas .....	9
5. A pandemia de covid-19 .....	10
5.1 A pandemia de Covid-19 e o seu impacto na saúde mental das pessoas idosas e nos seus cuidadores formais .....	12
5.1.1 Saúde mental das pessoas idosas.....	12
5.1.2 Saúde mental nos cuidadores formais .....	16
CAPÍTULO II – PLANO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA.....	19
1. Problema e questão de investigação.....	19
2. Objetivos do estudo .....	19
3. Método de investigação .....	20
3.1 Identificação e caracterização do contexto de recolha de dados.....	21
3.2 Alterações na dinâmica organizacional da instituição relacionadas com pandemia de Covid-19 .....	21
3.3 Participantes .....	22
3.4 Amostra.....	23
3.5 Procedimento.....	24
3.6 Instrumentos de recolha de dados .....	24
3.7 Tratamento dos dados.....	27
CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	28
1. Apresentação e análise dos resultados dos instrumentos de recolha de dados aplicados às pessoas idosas.....	28
1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra das pessoas idosas .....	28
1.2 Caraterização dos aspetos relacionados com a instituição.....	29
1.3 Apresentação do resultado do inventário de ansiedade geriátrica .....	30
1.4 Apresentação do resultado da escala de depressão geriátrica.....	30
1.5 Análise das entrevistas realizadas às pessoas idosas .....	31

1.5.1	Assunto I – A Covid-19 .....	32
1.5.2	Assunto II – Rotina diária em período de pandemia .....	33
1.5.3	Assunto III – Isolamento social .....	35
1.5.4	Assunto IV – Confinamento geral de 14 dias no quarto .....	37
1.5.5	Assunto V – Confinamento pessoal no quarto .....	38
1.5.6	Assunto VI – Sentimentos durante a pandemia .....	39
1.5.7	Assunto VII – Futuro .....	44
2.	Apresentação e análise dos resultados dos instrumentos de recolha de dados aplicados aos cuidadores formais .....	45
2.1	Caracterização sociodemográfica da amostra dos cuidadores formais	45
2.2	Caraterização dos aspetos relacionados com a atividade profissional.	46
2.3	Caraterização dos aspetos relacionados com a saúde mental dos cuidadores formais.....	47
2.4	Apresentação dos resultados da aplicação da escala de stresse, ansiedade e depressão versão de 21 itens.....	48
2.5	Apresentação dos resultados das perguntas sobre a saúde mental dos cuidadores formais e a pandemia de covid-19.....	49
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		51
1.	Discussão dos dados referentes à amostra das pessoas idosas .....	51
2.	Discussão dos dados referentes à amostra dos cuidadores formais.....	61
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES.....		70
1.	Conclusões .....	70
2.	Proposta de intervenção.....	72
3.	Limitações .....	75
Bibliografia .....		79
ANEXOS.....		89
ANEXO A - Excertos do plano de contingência da IPSS.....		90
ANEXO B – Alterações do plano de contingência da IPSS .....		101
ANEXO C – Teste de declínio cognitivo de 6 itens.....		104
ANEXO D – Inventário de ansiedade geriátrica.....		106
ANEXO E – Escala de depressão geriátrica de Yesavage versão curta 15 itens.....		108
ANEXO F – Escala de ansiedade, depressão e stresse versão de 21 Itens.....		110
APÊNDICES.....		112

APÊNDICE A – Explicação do processo de seleção e triagem das pessoas idosas admitidas a estudo .....	113
APÊNDICE B - Pedido de autorização ao Ex. Sr. Presidente da IPSS.....	115
APÊNDICE C – Autorização para a realização do estudo .....	117
APÊNDICE D – Carta explicativa do estudo .....	119
APÊNDICE E – Consentimento informado .....	121
APÊNDICE F – Questionário de dados gerais das pessoas idosas.....	123
APÊNDICE G – Questionário de dados gerais dos cuidadores formais.....	125
APÊNDICE H – Guião de entrevista às pessoas idosas .....	127
APÊNDICE I – Transcrição das entrevistas realizadas às pessoas idosas.....	130
APÊNDICE J – Questões relacionadas com a pandemia e a saúde mental dos cuidadores formais.....	152



## Índice de tabelas

Tabela 1 - Scores do TDC-6 .....	24
Tabela 2 - Pontos de corte da escala EDG-15.....	25
Tabela 3 - Pontos de corte da escala EADS-21 convertida para a pontuação de 42 itens .....	27
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas.....	28
Tabela 5 - Características associadas à instituição.....	29
Tabela 6 - Assuntos e perguntas da entrevista às pessoas idosas .....	31
Tabela 7 - Análise do assunto I – Aspectos relacionados com a covid-19 .....	32
Tabela 8 – Análise do assunto II - Rotina diária em períodos de pandemia.....	33
Tabela 9 - Análise do assunto III – Isolamento social.....	36
Tabela 10 - Análise do assunto IV - Confinamento geral.....	37
Tabela 11 - Análise do assunto V - Confinamento pessoal .....	38
Tabela 12 - Análise do Assunto VI - Sentimentos durante a pandemia.....	40
Tabela 13 – Análise do assunto VII - O Que esperar do futuro.....	44
Tabela 14 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Formais.....	45
Tabela 15- Caracterização Aspectos Relacionados com a Atividade Profissional.....	46
Tabela 16 - Caracterização dos Antecedentes Pessoais de Saúde Mental .....	47
Tabela 17 - Resultados da Escala de Stresse, Ansiedade e Depressão de 21 itens.....	48
Tabela 18 - Respostas dos Cuidadores Formais sobre a Covid-19 e a Saúde Mental...	49

## Índice de gráficos

Gráfico 1 - Prevalência da ansiedade .....	30
Gráfico 2 - Prevalência da depressão .....	30



## Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AIDAP - Associação Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BDPC – Base de Dados de Portugal Contemporâneo  
CD – Centro de Dia  
*CDC - Center of Disease Control and Prevention*  
Covid-19 - Coronavírus Disease-19  
DCC – Declínio da capacidade cognitiva  
DGS - Direção Geral de Saúde  
EADS-21 – Escala de Ansiedade Depressão e Stresse 21  
EDG – 15 - Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão curta 15 itens  
EPI - Equipamento de Proteção Individual  
ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas ERPI  
EUA - Estados Unidos da América  
IAG – Inventário de Ansiedade Geriátrica  
INE - Instituto Nacional de Estatística  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
ISS – Instituto da Segurança Social  
NEGSPMI - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
QDG – Questionário de Dados Gerais  
S.D. – Sem data  
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário  
SARS-Cov-2 – Severe Acute Respiratory Sindrom  
SM – Saúde Mental  
SPSS – Statistical Package For Social Science  
TDC-6 - Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens  
UNDESA - United Nations Department of Economic and Social Affairs  
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana



## Introdução

Hoje em dia as pessoas vivem mais, e tanto em proporção como em número as pessoas idosas na população em geral estão em amplo crescimento, representando no ano de 2020 mais de 727 milhões de pessoas com 65 ou mais anos. Estima-se que nas próximas três décadas, o número de idosos seja mais do dobro do verificado atualmente atingindo mais de 1,5 biliões no ano de 2050. Este aumento verificar-se-á em todas as regiões do globo, esperando-se que a percentagem da população com mais de 65 anos aumente de 9,3 por cento em 2020 para cerca de 16,0 por cento em 2050 (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA], 2020).

Em Portugal, o índice de envelhecimento atingiu o valor de 167,0 idosos por cada 100 jovens em 2019 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Segundo as previsões para 2015-2080 estima-se que o nosso país perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031. O número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões sendo que número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. Em resultado de tais estimativas, espera-se que face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

Envelhecer é um processo comum a todos os seres vivos e implica um desenvolvimento contínuo, mais marcado na última fase da vida. Tal como em todas as fases do desenvolvimento humano, também esta fase é dotada de características próprias resultantes de fenómenos biológicos, sociais, culturais e psicológicos (Silva & Lima 2002).

Deste modo, as alterações aos diversos níveis do envelhecimento, implicam que os idosos e as suas famílias tentem adaptar-se a uma nova realidade, sendo que, perante este desafio, muitas famílias não conseguem satisfazer as necessidades básicas destas pessoas, recorrendo, então, às respostas sociais de apoio à terceira idade (Gonçalves, 2012). Atendendo a este aumento crescente da população idosa, muitos dos idosos são institucionalizados, sendo que esta procura coloca novos desafios às instituições de terceira idade, nomeadamente às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) bem como aos seus cuidadores formais.

Em dezembro de 2019, a China reportou à Organização Mundial de Saúde (OMS) um *cluster* de pneumonia de etiologia desconhecida. A 9 de janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus como agente causador da doença (Direção Geral de Saúde [DGS], 2020), sendo que no dia 11 de Março de 2020 a *Coronavírus Disease-19* (Covid-19), foi reconhecida pela OMS como pandemia (DGS, 2020a) contando no dia 28 de janeiro de 2022 com mais de 364 milhões de pessoas infetadas em todo o Mundo, provocando mais de 5,6 milhões de óbitos (OMS, 2021). Portugal contava no mesmo dia com mais de mais de

2,5 milhões de pessoas com infeção confirmada, contabilizando 19788 óbitos, sendo o grupo etário acima dos 70 anos, visivelmente o mais afetado (DGS, 2021a).

Os adultos com mais de 60 anos foram descritos como pertencentes ao grupo de risco, portanto, mais vulneráveis a desenvolver formas graves da doença (Santos, Silva & Pachú, 2021). Tal situação pode ainda ser potenciada pela existência de comorbilidades próprias de idades mais avançadas, que acabam por exacerbar os riscos da infeção, dificultando o tratamento e limitando a recuperação (Arantes et al., 2020).

A Covid-19 influencia a saúde e o bem-estar dos idosos, mesmo que eles não estejam infetados pelo novo coronavírus. Uma das principais estratégias para a prevenção da disseminação do vírus é distanciamento social (Reis-Filho & Quinto, 2020). Por outro lado, em situações excecionais como as que já se viveram um pouco por todo o Mundo é adotado o isolamento social. Dessa forma, há ainda a recomendação de que as pessoas suspeitas de estarem infetadas permaneçam em quarentena por catorze dias (Campos & Lins, 2020). Neste contexto, vale a pena salientar, que mesmo antes da pandemia, muitos idosos referiam sentir-se isolados, de forma que as implicações das medidas adotadas para conter a doença têm potencial para amplificar o sofrimento nestas situações (Arantes et al., 2020).

Estar em alto risco de desenvolver complicações associadas à Covid-19 e maior mortalidade potenciou o sentimento de ansiedade entre os idosos. Esta, decorre do medo constante de contrair o vírus, perder entes queridos e estar socialmente isolado ou em quarentena (El Hayek et al., 2020). Os idosos não se encontram apenas mais suscetíveis devido à existência de comorbilidades e envelhecimento do sistema imunitário, mas também são obrigados a lidar com as necessidades psicossociais distintas durante este período crítico das suas vidas (Al-Zaharani, 2020).

Também os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a Covid-19, uma vez que durante o cuidado a estas pessoas estão mais vulneráveis a desenvolver sofrimento psíquico e outras perturbações da sua saúde mental (Lai et al., 2020). A carga de trabalho/horas de trabalho excessivas, disponibilidade inadequada de equipamento de proteção individual (EPI), sensação de apoio inadequado, elevadas taxas de infeção entre os trabalhadores, medo de contaminar membros da família, isolamento social e casos de óbitos na própria equipa de saúde têm-se destacado como as principais razões para os resultados psicológicos adversos (Spoorthy, Pratapa & Mahant 2020).

A Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) escolhida para a realização deste estudo está localizada no interior da região centro de Portugal e possui na sua vertente de ERPI capacidade para 26 utentes. É uma instituição de pequenas dimensões, em que existe uma forte componente afetiva entre cuidadores e pessoas idosas, verificando-se inclusive algumas relações familiares.

Como já foi referido a pandemia de Covid-19 tem a capacidade de influenciar negativamente a saúde mental, quer das pessoas idosas, quer dos profissionais de saúde. No entanto, apesar de haver já evidência científica sobre o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos idosos, existe pouca evidência do seu impacto em instituições de pequenas dimensões de cariz mais “familiar”. Por outro lado, verifica-se também a existência de evidência sobre o impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde, no entanto, ainda é pouco estudado o referido assunto nos cuidadores formais das ERPI, uma vez que na generalidade são profissionais com competências distintas dos profissionais do meio hospitalar.

Nesse sentido, o objeto de estudo deste trabalho é compreender qual o impacto que a pandemia de Covid-19 teve na saúde mental dos idosos institucionalizados na ERPI de uma IPSS do interior da região centro de Portugal e dos seus cuidadores formais.

Para tal, foi definido o seguinte objetivo geral:

- Compreender qual o impacto que a pandemia de Covid-19 teve na saúde mental das pessoas idosas institucionalizados na ERPI de uma IPSS do interior da região centro e dos seus cuidadores formais;

Para dar consecução aos objetivos propostos neste documento faz parte uma revisão bibliográfica sobre o tema em apreço, bem como a metodologia de investigação proposta. Recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica desenvolvida com base em livros, artigos científicos, endereços eletrónicos, monografias e dissertações.

Assim, este trabalho encontra-se dividido em 5 capítulos. O Capítulo I é composto pelo enquadramento teórico através da revisão bibliográfica. Segue-se o Capítulo II com a definição do plano de investigação e metodologia, com o problema e questão de investigação, os objetivos do estudo, seguindo-se a identificação e caracterização do contexto de recolha de dados, alterações na dinâmica organizacional relacionadas com a pandemia de Covid-19, amostra, procedimentos, instrumentos de recolha e tratamento dos dados. Os resultados são apresentados no Capítulo III e são discutidos no Capítulo IV. Seguem-se as conclusões, uma proposta de intervenção e as limitações do estudo no Capítulo V.

## CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. O processo de envelhecimento

Segundo Sequeira (2010) o envelhecimento da sociedade é uma realidade inegável entendida como a consequência de uma maior longevidade humana, que resulta por sua vez, num maior grau de dependência. Esta realidade implica cada vez mais a urgência de se encontrar novas formas que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso.

O mesmo autor refere na sua obra “Cuidar de Idosos com dependência física e mental” que para a grande maioria dos idosos o envelhecimento normal apresenta uma variedade de alterações cognitivas, que quando não compensadas com mecanismos protetores, como manutenção do ambiente e rotinas familiares, interferem na globalidade das suas funções, tornando-os mais dependentes e vulneráveis, sendo muitas vezes encarados como um “fardo” para a sociedade.

Envelhecer é mais uma etapa da vida e apesar de ser universal, ela não é linear, dado que não influencia os indivíduos de modo semelhante e ao mesmo tempo, existindo diferenças de pessoa para pessoa, entre sociedades e culturas, tratando-se, portanto, de um processo subjetivo (Cabete, 2001).

O conceito de envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida. Não sendo fácil determinar quando uma pessoa se torna “velha” é prática comum associar esse facto à idade da reforma, ou idade igual ou superior a 65 anos ainda que esta possa ser variável em função da profissão, do país, da sociedade, cultura e sentimento de jovialidade pessoal inerente a cada pessoa (Spar & La Rue, 2005).

Como referido, a idade avançada envolve frequentemente mudanças além das biológicas. Para além das perturbações cognitivas como os quadros demenciais, outras perturbações como ansiedade, distímia e depressão estão muito relacionadas com o processo de envelhecimento e estão frequentemente associadas a inúmeras comorbilidades físicas tais como problemas respiratórios, doenças cardíacas e diabetes. Em combinação, estas doenças afetam consideravelmente a independência, o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Por sua vez, se pensarmos na conjugação dos quadros demenciais com estas comorbilidades físicas e mentais, o declínio do bem-estar e da qualidade de vida é fortemente potenciado (Kelley, 2003).

No que concerne às mudanças psicológicas as mais visíveis com o avanço da idade são a dificuldade de adaptação a novos papéis, a desmotivação, a dificuldade para definir novos objetivos, a necessidade de gerir as perdas e adaptar-se a mudanças bem como as alterações ao nível psíquico (Zimmerman, 2000). No entanto, e embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode

ser associado ao desenvolvimento de novos papéis e pontos de vista (Dillaway & Byrnes, 2009).

Socialmente, a pessoa idosa é exposta a um processo em que as perdas e rejeições são iminentes e frequentes, tendendo a isolar-se, quer por vontade própria, quer por imposição social. O facto de frequentemente ter um número reduzido de ocupações sociais e ser menos solicitado faz com que interiorize que é um sujeito improdutivo, sem poder de decisão. As principais consequências do envelhecimento social são a crise de identidade, as mudanças de papéis, a reforma, as perdas e diminuição dos contactos sociais (Zimmerman, 2000). No entanto, e em resposta, os idosos tendem a seleccionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, otimizando as suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como compensando as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar as tarefas (OMS, 2015).

De facto, o envelhecimento como processo natural do desenvolvimento humano deve ser encarado numa perspetiva de que cada fase da vida implica transformações, adaptações, aceitação e construção tratando-se de fenómeno multidimensional, multifatorial, complexo, consistindo na mudança progressiva que ocorre a nível biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo vital (OMS, 2015).

Em setembro de 2017, *The Lancet* coloca Portugal dentro da lista de países que mais cresceram ao nível do indicador da esperança média de vida. Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a sofrer profundas alterações demográficas caracterizadas essencialmente por este aumento da longevidade, aumento da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem (Faustino, 2018). Neste sentido, e de acordo com os dados provisórios dos censos de 2021, constata-se na última década um aumento de índice de envelhecimento de 127,8% para 182,1% (Base de dados de Portugal Contemporâneo [BDPC], 2021).

Sendo Portugal um dos países mais envelhecidos é também um dos que mais se vê confrontado com as consequências desse mesmo envelhecimento, sendo exemplo disso o aumento do número de pessoas com algum tipo de dependência, o que também pode ser verificado através do índice de dependência dos idosos que também na última década sofreu um incremento de 28,8% para 36,8% (dados provisórios), (BDPC, 2021).

## **2. Envelhecimento saudável e envelhecimento ativo**

Segundo OMS (2015) o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A capacidade funcional, a que a OMS se refere pode ser compreendida como a associação da capacidade intrínseca da pessoa, características ambientais relevantes e as interações entre a pessoa e essas características. Por sua vez, a capacidade

intrínseca é a articulação das capacidades físicas e mentais (incluindo psicossociais). As características ambientais são o contexto de vida, incluindo as relações sociais.

Pedone (2019) refere que o envelhecimento saudável é afetado por condições favoráveis na infância, bem como pela educação, comportamentos de saúde, apoio social e religiosidade. O referido autor, sugere que a realização de exercício físico, manter um peso adequado e abstinência tabágica provavelmente podem traduzir um envelhecimento mais saudável.

Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (OMS, 2015). O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa.

Um outro termo surge associado ao conceito de envelhecimento, o envelhecimento ativo. Não se trata de uma dissociação do conceito anterior, mas sim de um complemento ao mesmo.

O termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo (OMS, 2002a). É definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a sua promoção não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o género entre outros determinantes (OMS, 2002a). Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A população idosa constitui um grupo heterogéneo que difere não só ao nível do funcionamento global, e na forma como o mantêm, mas também na capacidade de conhecerem as mudanças ambientais internas e externas à medida que envelhecem. O idoso que melhor se adapta às mudanças sucessivas, é aquele que maior probabilidade tem de se manter no grupo dos “saudáveis” (Lopes, 2004). O principal desafio desta faixa etária assenta no confronto com perdas incontornáveis, nomeadamente na perda do estatuto profissional através da reforma, de relações significativas por morte, de saúde, de capacidade económica e de independência (Lopes, 2004).

Assim, uma adaptação com sucesso pode requerer uma readaptação no seu conjunto de estratégias, de aceitação de recursos adicionais ou de novos mecanismos de *coping* (Lopes, 2004).

Em geral, o idoso perde capacidade para a realização das suas atividades, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente a falta de apoio da família, muitos idosos são institucionalizados (Lobo & Pereira, 2007). Neste sentido, a dependência nos idosos surge face aos obstáculos que impossibilitam a satisfação das necessidades, mas também a ausência de apoio familiar, o isolamento, a solidão e inatividade proveniente da reforma. Estes e outros fatores vão conduzir conseqüentemente a uma posterior institucionalização tornando-se necessário conhecer o contexto da prestação de cuidados aos idosos bem como as características e as necessidades dos cuidadores.

### **3. A institucionalização em estruturas residenciais para pessoas idosas**

A institucionalização é um tipo de suporte social muito utilizado pelas pessoas idosas que apresentam alguma incapacidade funcional ou que possuem carências sociais (Paúl, 1997). Assim, a perda da autonomia devido às questões de saúde, perda do parceiro conjugal e a falta de apoio social e familiar, são impulsionadores para as famílias optarem pela institucionalização de seus idosos. O próprio envelhecimento demográfico que se tem verificado nos últimos anos, associado as mudanças sociais que implicam alterações na estrutura familiar, faz com que as famílias tenham cada vez mais a necessidade de institucionalizar os seus familiares mais velhos em estruturas residenciais, com o objetivo de garantirem melhores cuidados, proporcionando uma melhor qualidade de vida e bem-estar dos seus entes queridos (Lima, 2013).

As ERPI são estabelecimentos de alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas a partir dos 65 anos ou em situações de maior risco, que, por opção própria, ou por falta de retaguarda social, pretendem a sua integração numa estrutura residencial. Nestes serviços são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de saúde e enfermagem (Lima, 2013). Estas estruturas assentam nos seguintes objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial dos idosos; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições para preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (Instituto da Segurança Social) [ISS], 2008 & ISS, 2013).

A entrada numa ERPI, onde o idoso regra geral passa 24 horas diárias, provoca alterações na dinâmica quotidiana sendo por norma um momento complexo e difícil. A pessoa idosa necessita de se adaptar a um novo ambiente, com novas regras,

rotinas e onde poderá ter que partilhar o mesmo espaço com pessoas desconhecidas, o que pode criar algumas situações de angústia e revolta (Ferreira, 2012).

Um dos objetivos da institucionalização é amenizar o impacto dos fenómenos característicos desta fase da vida. Impactos como as dificuldades funcionais do dia-a-dia, carências sociais e o isolamento. Apesar de terem o intuito da promoção da melhoria da qualidade de vida dos idosos, a literatura tem mostrado que por vezes estes objetivos não chegam a ser alcançados na sua totalidade, pois a qualidade da prestação deste tipo de serviço fica aquém das expectativas. Por vezes, o que deveria garantir bem-estar, na prática parece não apresentar bons resultados e muitas vezes promovem uma imagem dos idosos como pessoas incapazes (Paúl, 1997).

Já no contexto institucional, os idosos estão sob a vigilância dos cuidadores, que por regra devem enquadrar todos às normas de funcionamento e procedimentos, que muitas vezes limitam a privacidade, autonomia e identidade dos idosos. Ou seja, a padronização dos cuidados, padroniza a rotina e controla de forma intrusiva o dia-a-dia das pessoas institucionalizadas (Twigg, 1997).

Por vezes, o processo de institucionalização gera muitas perdas e sofrimento na vida de grande parte dos idosos. As perdas relacionam-se com os seus pertences materiais, perda de sua rotina familiar, social e perdas psicológicas, que podem causar um impacto desestabilizador no bem-estar dessas pessoas e potencializar transtornos depressivos (Lawton et al., 1999). De modo geral, quando entram para a instituição, os idosos sentem-se isolados e abandonados, esta nova situação pode aumentar o risco de desenvolver algumas patologias (Patterson, 1995). Soma-se a esta situação a dificuldade em diagnosticar os quadros depressivos em idosos que possuem outras questões que afetam o estado mental no processo de envelhecimento (Fröjdh, Håkansson, Karlsson, & Molarius, 2003).

Contudo, esta institucionalização também tem aspetos positivos, visto que há idosos que anteriormente viviam isolados e sem os cuidados básicos. Nas estruturas residenciais, os idosos podem sentir-se mais acompanhados, mais ativos e mais felizes do que quando se encontravam sozinhos nas suas casas (Ferreira, 2012).

A pessoa idosa deve ser tratada com dignidade e igualdade, mas também deve ser valorizada na sua individualidade e ter o seu espaço de privacidade. Para isto acontecer as instituições devem manter um certo grau de flexibilidade das regras referente aos horários e rotinas individuais, sem que isso comprometa o bom funcionamento da instituição como um todo (Castro, 2010). Este processo de flexibilização pode contribuir para promoção de um envelhecimento bem-sucedido, pois reconhece a heterogeneidade e as capacidades individuais que podem ser utilizadas para o enfrentamento das dificuldades e declínios de determinadas capacidades (Baltes & Baltes 1990). A qualidade e a frequência das relações interpessoais também são primordiais para o bem-estar das pessoas. Quanto mais integradas e satisfeitas com a qualidade e quantidade dos seus relacionamentos, melhor o seu estado de saúde (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013).

No âmbito das ERPI é imprescindível a avaliação psicológica das pessoas idosas, pois ela contribui para a identificação de alterações que podem sinalizar patologias associadas, bem como para variações cognitivas e de humor, importantes na manutenção da qualidade de vida dessas pessoas (Neu, Lenardt, Betioli, Michel & Willig 2011).

## **4. Cuidadores formais de pessoas idosas**

Com o aumento progressivo da população idosa e com as alterações das estruturas familiares, o apoio formal tornou-se uma necessidade social devido à indisponibilidade e à diminuição de cuidadores informais. Deste modo, os cuidadores formais têm ocupado um espaço significativo no apoio ao idoso fragilizado ou dependente, pelo que a preparação de pessoas para a prestação de cuidados torna-se necessária face à situação de desamparo em que se encontram muitos idosos atualmente.

Segundo Boff (2003), cuidar é mais que um ato, é uma atitude, que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de vigilância. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Os cuidadores formais estão habitualmente integrados no grupo dos profissionais devidamente qualificados (médicos e enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, etc.), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel. Além disto, estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao contexto do exercício laboral, de acordo com as competências próprias de cada área profissional. Oliveira, Queirós e Guerra (2007), citados por Sequeira (2010), entendem que o cuidador formal é o indivíduo que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação académica e profissional.

Um dos aspetos essenciais no sucesso da atividade dos cuidadores formais passa pela qualidade dos serviços prestados aos idosos, acompanhada pelo conhecimento e pelas capacidades necessárias para responder às necessidades desta população, no sentido de desempenharem o seu papel com competência e sensibilidade (Carvalho, 2012). No entanto, e segundo o mesmo autor, os cuidados prestados por cuidadores formais são frequentemente realizados por profissionais pouco escolarizados e sem qualquer formação na área. Deste modo, a falta de preparação pode prejudicar o desempenho das tarefas que lhes estão atribuídas, aumentar a desmotivação e diminuir a qualidade dos serviços prestados, o que poderá levar inclusive ao abandono da atividade profissional.

Smith, Kerse e Parsons (2005) referem ainda, que a população idosa é cuidada por profissionais sem as qualificações profissionais mínimas, salientando-se que

desenvolvem os seus conhecimentos a partir da experiência e da observação de outros colegas de trabalho.

Stott, Brannon, Vasey, Dansky, e Kemper (2007) referem que, além da ausência de formação, verifica-se também a inexistência de programas de orientação e tutoria no trabalho, fraca supervisão, nula participação no planeamento dos cuidados, a ausência de *feedback* e comunicação sobre as tarefas, bem como reduzidas oportunidades de desenvolvimento profissional.

Apesar da aposta na formação poder trazer custos adicionais, a longo prazo com a maior produtividade e com a menor frequência de baixas médicas e absentismo laboral, este esforço financeiro pode ser recompensado, sobretudo em situações de cuidado que impliquem maiores desafios, como é o caso da saúde mental (Martín & Brandão, 2012 citados por Pinheira & Beringuilho, 2017), ou inclusive durante a pandemia que estamos a atravessar.

Segundo Ferreira (2012), os cuidadores formais de idosos são, sobretudo, do sexo feminino, o que pode ser explicado por fatores de natureza histórica, cultural e afetiva. Contudo, esta tendência está a mudar e parece começar a assistir-se ao aumento de cuidadores do sexo masculino.

O cuidador formal é, por isso, um profissional a quem se exigem competências, como o reconhecimento das necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos ou problemas sociais, de personalidade ou de ordem familiar e contextual. Por outro lado, o apoio na realização de atividades diárias básicas como a higiene e a alimentação são também tarefas que integram a atividade profissional dos cuidadores formais de idosos (Sequeira, 2010).

## 5. A pandemia de covid-19

A Covid-19 transmite-se pessoa-a-pessoa por contacto próximo com pessoas infetadas pelo *Severe Acute Respiratory Sindrom- Covid -2* (SARS-CoV-2), ou através do contacto com superfícies e objetos contaminados. A transmissão por contacto próximo ocorre principalmente através de gotículas que contêm partículas virais que são libertadas pelo nariz ou boca de pessoas infetadas, quando tosse ou espirram, e que podem atingir diretamente a boca, nariz e olhos de quem estiver próximo. As gotículas podem depositar-se nos objetos ou superfícies que rodeiam a pessoa infetada e, desta forma, infetar outras pessoas quando tocam com as mãos nestes objetos ou superfícies, tocando depois nos seus olhos, nariz ou boca (DGS, 2021b).

Os sinais e sintomas da Covid-19 variam em gravidade, desde a ausência de sintomas, até febre, tosse, odinofagia, cansaço, mialgias e, nos casos mais graves, pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia, choque séptico e eventual morte. Foi também verificada anosmia e ageusia como sintoma da doença

(DGS, 2021b). Costa et al, (2020) refere ainda como possíveis sintomas a existência de cefaleias, náuseas, vômitos e diarreia. Segundo os mesmos autores, até ao momento não há terapêutica específica para o tratamento da infeção provocada pelo novo coronavírus sendo que, medidas de suporte devem ser implementadas.

Segundo a DGS (2021b) o agravamento da situação clínica pode ocorrer rapidamente, geralmente durante a segunda semana da doença. Importa salientar que toda população está suscetível de ser infetada pelo novo coronavírus, porém torna-se necessário proteger os mais vulneráveis. Entre estes, estão os idosos que são o grupo de maior risco, devido à presença de comorbilidades, como, por exemplo, hipertensão, diabetes, problemas renais, cardíacos entre outros. Também pessoas com compromisso do sistema imunitário (a fazer tratamentos de quimioterapia, tratamentos para doenças autoimunes, infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou doentes transplantados) apresentam risco aumentado de desenvolver complicações graves associadas à Covid-19. Essas doenças aumentam o risco de agravamento dos casos e mortalidade especialmente entre os mais idosos. Al-Zaharani (2020) citando um relatório do *Center of Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos da América (EUA), refere que as pessoas com mais de 65 anos constituem mais de 31% das pessoas infetadas com Covid-19. O mesmo autor refere que a doença é responsável por 31-59% das admissões em unidades de cuidados intensivos e representa 4 a 11% do total de mortes nas pessoas com idades entre 65 e 84 anos. Estes dados, indicam claramente que os idosos são mais suscetíveis de contrair a doença, e têm pior prognóstico quando comparados com a população geral (Al-Zaharani, 2020). Segundo Carriedo Cecchini, Fernandez-Rio e Mendez-Gimenez (2020) as pessoas com mais de 60 anos representam mais de 95% das mortes na Europa. Em Portugal, os dados são idênticos, sendo que no dia 28 de janeiro de 2022, as pessoas com mais de 60 anos representavam mais de 95,6% dos óbitos, sendo o grupo acima dos 80 anos, visivelmente o mais afetado contabilizando 64,6% do número de mortes (Renascença, 2022).

Esta pandemia constitui um grande desafio socio-económico-sanitário a nível global. Os impactos não têm precedentes, com perdas económicas globais, restrições de viagens, encerramentos de atividades comerciais, distanciamento social, isolamento e quarentena, medo da falta de meios para suprir as necessidades básicas e rápida disseminação de problemas de saúde (Ebrahim, Ahmed, Gozzer, Schlegelhauf, & Memish, 2020). A natureza imprevisível da doença e as suas repercussões individuais, sociais e globais, ameaçam não só a saúde física dos indivíduos, mas também a saúde mental (El Hayek et al., 2020).

## **5.1 A pandemia de Covid-19 e o seu impacto na saúde mental das pessoas idosas e nos seus cuidadores formais**

Segundo a OMS (2002), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. A saúde mental (SM), como muitas outras doenças físicas, é resultado da complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A SM é um componente essencial para saúde. Segundo a OMS (2018), esta é um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza as suas próprias habilidades, pode lidar com o stress normal da vida, trabalhar produtivamente e envolver-se com a comunidade. É fundamental para a nossa capacidade coletiva e individual, pois as pessoas pensam, emocionam-se, interagem entre si, ganham e desfrutam da vida em conjunto (OMS, 2018). Assim, o conceito de SM pode ser entendido como um sentimento de bem-estar próprio e equilíbrio na relação com o outro (OMS, 2002).

### **5.1.1 Saúde mental das pessoas idosas**

As condições de SM nos idosos, irão determinar a saúde física, a vulnerabilidade a doenças e a mortalidade (Friedman & Booth-Kewley, 2003 citados por Margrett et al., 2011). Dentro dessa perspetiva, e segundo as mesmas referências, existem indicadores de SM e bem-estar que são importantes para os idosos, sendo o afeto positivo, afeto negativo e solidão. Estes, podem apresentar efeitos simultâneos, especialmente, para indicadores “negativos” de saúde mental.

Segundo Chang e Sanna (2001) o afeto negativo está relacionado com distúrbios psicológicos e depressão. O afeto positivo, é visto como um fator de proteção do idoso associado a otimismo, a respostas adaptativas de confronto e níveis mais baixos de depressão (Steptoe, O'Donnell, Marmot & Wardle, 2008). A personalidade é um fator importante a ter em consideração quando pretendemos estudar o afeto positivo e negativo. Características da personalidade como extroversão e neuroticismo têm sido associados a resultados positivos e negativos na saúde mental dos idosos prospectivamente (Boyd, Mckie & Waller, 2000).

A personalidade e a solidão exercem influência nos resultados de saúde mental do idoso. Long e Martin (2000) indicam que idosos com 85 anos ou mais, com personalidades ansiosas, eram mais propensos a ficarem solitários. Por outro lado, aqueles que apresentaram resultados mais altos em extroversão relataram menos solidão.

Num estudo realizado com 272 comunidades de idosos espanhóis, os investigadores concluíram que a solidão contribui significativamente para explicar a saúde mental em idosos. Assim, a solidão não só é um fator de risco para morbidade e mortalidade, como também, é um fator de risco para o Alzheimer no fim da vida, perturbação do sono, stress imunológico, défice cognitivo e níveis mais baixos de contatos sociais, níveis mais elevados de depressão e níveis mais baixos de satisfação

com a vida (Wilson et al., 2007; Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinguart & Sorensen, 2001 citados por Losada et al., 2012).

Num outro estudo realizado na Finlândia, os investigadores identificaram também que a solidão está associada a muitos fatores prejudiciais à vida e a saúde do idoso, como por exemplo, a depressão, a institucionalização precoce, o défice cognitivo e o aumento da mortalidade (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005).

Silva et al, (2011) referem que muitos idosos deixam de participar no ambiente social em que vivem, entregando-se à reforma de forma passiva, inativa e menos reflexiva, o que acarreta um prejuízo para a sua saúde mental e física, além de constituir um fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência.

O declínio da capacidade cognitiva (DCC) decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. Este declínio cognitivo interfere na realização de atividades sociais e ocupacionais, evoluindo para a perda das capacidades funcionais ou da autonomia (Machado, Ribeiro, Cotta & Leal, 2011). Por sua vez, a demência, é uma síndrome clínica que pode ser causada por uma série de doenças subjacentes relacionadas com perdas neuronais e danos às estruturas cerebrais (Trindade, Barboza, Oliveira & Borges, 2013). É uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade entre os idosos, e é caracterizada como uma síndrome crónica cujas características principais são representadas pelo declínio da memória, declínio intelectual e de outras funções como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planeamento e sequenciamento. É ainda responsável por mudanças no comportamento ou na personalidade, além do prejuízo no desenvolvimento psicossocial (Macedo & Ramos, 2005).

De acordo com *Alzheimer Europe 2020*, as estimativas de prevalência de 2008 eram mais elevadas que as estimativas elaboradas em 2019. Nas estimativas de 2008 previa-se a existência de 8.785.645 de casos e esse valor foi revisto em 2019 para 7.853.705 milhões de pessoas afetadas. As mulheres continuam a ser mais afetadas que os homens sendo que existem 6.650.228 mulheres para 3.130.449 homens com demência na Europa. Segundo o mesmo documento, esta revisão em baixa dos dados deve-se a melhores campanhas de saúde pública, bem como um melhor controlo dos fatores de risco cardiovasculares (hipertensão e hipercolesterolemia), redução e cessação dos hábitos tabágicos e alcoólicos, e promoção da atividade física, fatores relacionadas com a etiopatogenia da demência.

No entanto, o mesmo documento demonstra também que se prevê que o número de pessoas que vivem com demência sofrerá um aumento substancial nos próximos anos. Segundo o mesmo relatório, o número de pessoas com demência na Europa irá quase duplicar por volta de 2050, sofrendo um aumento para 14.298.671 na União Europeia e 18.846.286 na Europa. Este aumento deve-se ao rápido envelhecimento da população na Europa que acarretará maior pressão nos cuidados e nos serviços de

apoio, a menos que sejam identificadas melhores formas para o tratamento e prevenção da doença.

Em Portugal apesar do decréscimo da população, o número de pessoas com demência irá quase duplicar: de 193 516 em 2018 para 346 905 em 2050. No mesmo sentido, em termos de percentagem da população no seu todo, as pessoas com demência representarão 3,82% em 2050, enquanto que em 2018 representavam 1,88%. Tal facto deve-se a aumento significativo do número de pessoas com mais de 70 anos e, em particular, a faixa das pessoas com mais de 85 anos a qual mais do que duplicará entre 2018 e 2050 (Alzheimer Portugal, 2020).

A perda da independência e a incapacidade, aliadas à falta de assistência social e de políticas públicas para a população geriátrica, potenciam a admissão da pessoa idosa em instituições. A mudança de ambiente e o isolamento social, exponencial neste caso em particular pela pandemia, correlacionam-se com a alta prevalência de doenças mentais.

Segundo a DGS (2017) Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de perturbações depressivas e de ansiedade. Simultaneamente, o país é o maior consumidor europeu de benzodiazepinas e com valores relevantes nos antidepressivos e nas bebidas alcoólicas. Considera ainda que no grupo dos mais velhos, a problemática psíquica mais comum é a depressão, no entanto pelo facto de ser uma patologia com grande plasticidade, o grupo das pessoas idosas apresenta em conjunto com os sintomas depressivos ou ansiosos, comprometimento das suas capacidades cognitivas como alteração da memória, desorientação temporal-espacial e perda aparente das capacidades comuns. Este quadro pode ser confundido com alguns sintomas de um processo demencial, o que pode ocultar o diagnóstico e possíveis tratamentos para depressão e ansiedade.

Atualmente e apesar das pessoas terem mais anos de vida, vivem também com incapacidades maiores na área da saúde mental, o que implica um maior sofrimento de modo geral (Silva, 2020). Esta situação tem um impacto negativo na vida quotidiana da pessoa de forma duradoura ou recorrente e coloca a depressão entre as principais causas de incapacidade no mundo atual, constituindo-se como uma verdadeira epidemia silenciosa com alta prevalência entre os idosos (González, Romero, López, Ramírez, & Stefanelli 2010).

De acordo com os números da OMS, a depressão é mais prevalente no género feminino (5,1% da população global), comparativamente ao género masculino (3,6%). Já as perturbações de ansiedade referem-se ao grupo de distúrbios mentais que são caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo perturbação generalizada, perturbação obsessiva compulsiva, pânico, fobias, stresse pós-traumático, entre outros. Os sintomas podem variar entre ligeiros a graves e a duração dos sintomas pode ser variada (DGS, 2017). A ansiedade pode ser considerada como uma resposta adaptativa do organismo por meio de processos fisiológicos, comportamentais e cognitivos. Estes processos geram um estado de

ativação e altera-se face a um sinal de perigo, ameaça física ou psicológica (Ruiz, Cuadrado, & Rodriguez, 2001 citado por Silva, 2020).

O stresse pode ser definido como um processo complexo gerado por uma resposta do indivíduo a um agente agressor, quer seja ele interno ou externo. O stresse pode produzir reações cognitivas, comportamentais, fisiológicas que dependem da discrepância entre a forma que o sujeito percebe o agente agressor e como percebe a sua capacidade de lidar com o mesmo (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

A ansiedade, a depressão e o stresse costumam estar estreitamente relacionadas e são difíceis de diferenciá-las empiricamente, devido a forte associação entre os sintomas e as suas comorbilidades (Watson et al., 1995). De acordo com a literatura, as questões da saúde mental, relativamente a perturbações de ansiedade e depressão podem ser influenciadas por diversos fatores, como fatores biológicos ou de personalidade, história familiar de depressão, acumular de experiências de vida adversas, negligência parental ou perdas na infância (Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy & Cappelli, 2003). Muitos estudos relacionam também tipos de abuso como negligência e violência com a idade em que ocorrem os episódios, que podem produzir efeitos traumáticos a nível emocional e fisiológico cerebral. Estes efeitos poderão influenciar o comportamento do sujeito e potenciar perturbações depressivas ou ansiosas (Silva, 2020).

Além da questão temporal da causa ou surgimento dos sintomas, a questão do ambiente social pode ser uma peça fundamental para promover melhoria na saúde mental, diminuindo a ansiedade, depressão e stresse patológicos.

Desde o início da pandemia que vários autores têm chamado a atenção para os diferentes indicadores de saúde de mental referidos, ou seja a ansiedade, depressão e stresse (Duan & Zhu, 2020; Waugh, Thompson & Gotlib, 2020 citados por Carriedo et al, 2020).

Qiu et al, (2020) constataram que a resposta emocional à Covid-19 é mais proeminente nas pessoas com mais de 60 anos, sendo que as mulheres eram mais propensas a sentir ansiedade que os homens o que de certa forma atesta o referido anteriormente. Armitage e Nellums (2020), referem ainda que a quarentena pode ter consequências terríveis na SM da população idosa, pois pode aumentar o distanciamento social, pode ser uma fonte significativa de solidão especialmente em lares de idosos. Segundo os autores, tal facto é preditor de ansiedade, depressão e inclusive suicídio.

Como foi visto, o envelhecimento também está associado à maior incidência de alterações cognitivas. Nesses casos, tende a ser ainda mais difícil o manejo de situações relacionadas com a Covid-19, tais como isolamento, uso de máscaras e higienização das mãos (Arantes et al., 2020). Além disso, pessoas com esses comprometimentos terão maior dificuldade para verbalizar sintomas e desconfortos.

Atendendo a isto, a SM dos idosos é frequentemente esquecida. Isto deve-se à falta de consciência sobre os sinais e sintomas do problema e a uma crença de que a perda de SM é parte normal do processo de envelhecimento (Sibai, Seeman, Tabbara & Rizk, 2017).

### **5.1.2 Saúde mental nos cuidadores formais**

Os cuidadores formais de pessoas idosas estão na linha de frente, e trabalham para garantir a saúde dessas pessoas durante a pandemia de Covid-19. Ao longo deste período emergiram problemas já conhecidos como a falta de trabalhadores, as difíceis condições de trabalho, ausência de formação, sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental bem como a elevada rotatividade do pessoal (Gil, 2020).

Assim, além das dificuldades já existentes, os cuidadores podem sofrer mais stresse e sobrecarga durante a pandemia, as atividades tornam-se mais complexas e difíceis de realizar (Dang et al., 2020). Esta que é já uma força de trabalho vulnerável enfrenta riscos adicionais ao seu bem-estar físico e mental durante a pandemia (Sterling et al., 2020).

Segundo Sanchez et al, (2020) a pandemia de Covid-19 também afeta a saúde dos profissionais de saúde. O principal problema que afeta estes profissionais é a contaminação pela doença e a morte em consequência da mesma, desafio enfrentado por diversos países após a instalação da pandemia

No entanto, também a SM destes profissionais tem sido afetada de forma grave e com repercussões sobre a sua qualidade de vida e dos seus familiares. Tal facto, relaciona-se com o elevado risco de exposição ocupacional, longas jornadas de trabalho que, muitas vezes, é acompanhada pela inadequada disponibilidade de EPI por parte da instituição, fadiga e esgotamento físico e emocional (Rajkumar, 2020; Ho, Chee & Ho, 2020).

Num estudo de Bandini et al, (2021) os cuidadores referem aumento significativo de responsabilidade e preocupação em proteger os utentes, física e emocionalmente. Por sua vez Lee et al, (2021) observaram relatos de preocupações sobre a infeção e transmissão da Covid-19 bem como a intensificação do trabalho pela necessidade de desinfetar o ambiente de trabalho com mais frequência. Verificaram ainda, que as incertezas em torno da pandemia intensificam as preocupações dos cuidadores, aumentando o risco de desenvolver ansiedade e depressão.

Destaca-se também, que o medo de ser infetado e expor familiares à infeção aumenta exponencialmente o sentimento de ansiedade e muitas vezes inviabiliza o contacto com o suporte familiar e social culminando num autoimposto isolamento social (Rajkumar, 2020).

Segundo Cai et al, (2020), um estudo realizado na China demonstrou que a principal preocupação da equipa médica estava relacionada com a segurança contra a

infecção, uma vez que havia o receio de serem portadores assintomáticos e potenciais transmissores da doença às suas famílias, principalmente às crianças e aos parentes mais idosos, bem como aos outros integrantes da própria equipa.

Um outro estudo realizado com médicos em Wuhan revela que estes enfrentaram enorme pressão, incluindo alto risco de infecção e proteção inadequada contra contaminação, excesso de trabalho, frustração, discriminação, isolamento, falta de contato com a família e exaustão. Isto causou problemas de saúde mental, como stresse, ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insónia, negação, raiva e medo, problemas que não afetam apenas a atenção, o entendimento e a capacidade de tomada de decisões dos médicos, mas também podem ter um efeito duradouro no seu bem-estar geral (Kang et. al., 2020).

Um outro estudo com 1.257 profissionais de saúde identificou uma proporção considerável dos mesmos com sintomas de depressão, ansiedade, insónia e angústia. Entre o grupo que mais sofria estavam as mulheres, enfermeiras, profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico, no tratamento ou na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com suspeita ou confirmação de Covid-19 (Teixeira et al., 2020).

Além do transtorno de ansiedade generalizada, verificou-se o stresse crónico, a exaustão ou o esgotamento dos trabalhadores frente à intensa carga de trabalho, tendência que tende a piorar num contexto de carência de mão-de-obra na eventualidade dos profissionais de saúde terem que se isolar devido ao fato de contraírem o vírus. Além disso, alguns autores chamam a atenção para o sentimento de impotência diante da gravidade e a complexidade dos casos face à falta de camas ou equipamentos de suporte de vida (Teixeira et al., 2020).

Além disso, o fato da infecção por Covid-19 apresentar sintomas que podem estar presentes em outras patologias comuns, como por exemplo, a gripe, também gera repercussões psicológicas. Os profissionais de saúde que desenvolvem esses sintomas físicos enfrentam o dilema de ou solicitar afastamento ou continuar trabalhar ao lado dos colegas com elevadas cargas de trabalho durante a pandemia (Chew et al., 2020).

Vale a pena salientar que pessoas diagnosticadas com Covid-19, assim como os seus familiares, encontram-se emocionalmente fragilizados e têm nos profissionais de saúde uma fonte de apoio nos aspetos clínicos e emocionais. Contudo, observa-se que os profissionais de saúde também são afetados pelo contexto, o que se pode refletir na capacidade de atenção humanizada aos utentes (Santos et al., 2020).

Um outro fator importante a ter em consideração que pode ter repercussões psicológicas importantes é a relação dos aspetos de ser profissional de saúde e, ao mesmo tempo pertencer a um grupo de risco (portador de comorbilidades gestantes e idosos) para o desenvolvimento das formas graves da Covid-19. Trabalhar tendo consciência constante da sua vulnerabilidade e possuir fatores de risco que

potencializam as probabilidades de desenvolver a doença podem servir de gatilho para comprometimento da SM.

Assim, a proteção da saúde dos profissionais de saúde é fundamental para evitar a transmissão de Covid-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios dos mesmos, mas também para promover a sua saúde física e mental, de forma a que possam dar o seu melhor e dedicarem-se a cem por cento a realizar o seu trabalho, que é cuidar dos mais vulneráveis.

Após esta revisão bibliográfica, foi possível perceber que existe já alguma literatura que aborda a questão da SM nos idosos e dos profissionais de saúde. Acontece no entanto, que a literatura sobre a SM dos idosos institucionalizados em ERPI em tempos de pandemia é bastante reduzida, fruto da escassez de pandemias, mas também dos estudos realizados serem dirigidos a outras realidades.

Por outro lado, também no que diz respeito à SM dos profissionais de saúde existe já alguma evidência científica. No entanto, tal como acontece com o referido anteriormente, também neste caso existem algumas limitações. Os estudos realizados estão dirigidos a hospitais/clinicas, estudam principalmente o impacto da pandemia em profissionais altamente especializados, que desenvolvem a sua atividade profissional dirigida a pessoas suspeitas de terem contraído Covid-19, mas também com pessoas com doença confirmada. Nesse sentido, também aqui se revela que este estudo possa ser uma mais-valia, uma vez que permitira aferir como é que a pandemia afetou a SM dos profissionais de saúde da IPSS deste estudo, profissionais estes com características muito diferentes dos encontrados em ambiente hospitalar.

## **CAPÍTULO II - PLANO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA**

### **1. Problema e questão de investigação**

O problema de investigação compreende a situação que o investigador se propõe a responder ou a investigar, e neste sentido a formulação do problema deve demonstrar, com a ajuda de uma argumentação clara, que a exploração empírica da questão é pertinente e que esta é suscetível de contribuir para o avanço dos conhecimentos (Fortin, 1999).

A pandemia de Covid-19 implicou mudanças quer nos idosos quer nos cuidadores formais, significando alterações nos hábitos, regras, rotinas, nas relações pessoais e familiares, suscitando medos e angústias, provocando sentimentos de tristeza e impotência. Assim sendo, este estudo visa investigar o impacto que a pandemia de Covid-19 teve na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas na ERPI de uma IPSS do interior da região centro de Portugal e dos seus cuidadores formais.

Já com o problema de investigação delimitado, definiu-se a questão de investigação. Fortin (1999: 51), defende a ideia de que “uma questão de investigação é uma interrogação explícita, com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica”.

De acordo com o problema de investigação já formulado, a questão que serviu como ponto de partida para o presente estudo foi:

Qual o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas numa ERPI de uma IPSS do interior da região centro e dos seus cuidadores formais?

### **2. Objetivos do estudo**

Os objetivos que se definem numa investigação são essenciais para determinar a direção que seguirá o estudo. Assim, os objetivos servem para orientar e permitem explicar o que se pretende alcançar com a investigação. “O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação, especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo” (Fortin, 1999: 100). Os objetivos de uma investigação podem ser definidos a dois níveis: geral e específico. O objetivo geral define-se como “a principal intenção de um projeto, ou seja, corresponde ao produto final que o projeto quer atingir” (Sousa e

Baptista, 2011: 26). Por sua vez, os objetivos específicos desconstruem o objetivo geral, permitindo alcançá-lo.

Deste modo, o objetivo geral consistiu em:

- Compreender qual o impacto que a pandemia de Covid-19 teve na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas na ERPI de uma IPSS do interior da região centro e dos seus cuidadores formais.

Tendo em conta o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os níveis de ansiedade relacionada com a pandemia de Covid-19, nas pessoas idosas da ERPI;
- Identificar os níveis de ansiedade relacionada com a pandemia de Covid-19, nos cuidadores formais das pessoas idosas da ERPI;
- Identificar os níveis de depressão relacionada com a pandemia de Covid-19, nas pessoas idosas da ERPI;
- Identificar os níveis de depressão relacionada com a pandemia de Covid-19, nos cuidadores das pessoas idosas da ERPI;

### **3. Método de investigação**

Produzir conhecimento requer, necessariamente, que se defina previamente um método para que seja possível concretizar tal objetivo. É, portanto, fundamental que se determine os procedimentos que serão utilizados no decorrer de todo o processo, uma vez que “não é possível obter um conhecimento racional, sistemático e organizado, atuando de qualquer modo” (Vilelas, 2009: 43).

Assim, o método “refere-se diretamente à lógica interior do processo de descoberta científica, e a ele correspondem não somente orientar a seleção dos instrumentos e técnicas específicas de cada estudo, mas também fixar os critérios de verificação ou demonstração do que se afirma na investigação” (Vilelas, 2009: 43).

A presente investigação foca-se no impacto da pandemia na saúde mental nas pessoas de uma organização, ou seja, pode tratar-se de um estudo de caso que é, apresentado segundo Yin (1998), citado por Carmo e Ferreira (2008), como “uma abordagem empírica que investiga um fenómeno atual no seu contexto real”. Estes autores também referem um conjunto de características que Merriam (1988) apontou para os estudos de caso qualitativos e que têm orientado a investigação, são elas: ser particular, descritivo, heurístico, indutivo e holístico.

Para a realização desta investigação foi utilizada uma metodologia mista, visto que há uma componente de recolha de dados com uma dimensão e análise quantitativa

(alguns dados de caracterização e instrumentos validados) e uma componente qualitativa correspondente às entrevistas realizadas às pessoas idosas e aos seus cuidadores cuja análise se pode caracterizar por análise descritiva já que a escassez da informação recolhida nas entrevistas não é suficiente para realizar uma análise de conteúdo.

### **3.1 Identificação e caracterização do contexto de recolha de dados**

A recolha de dados foi realizada numa ERPI de uma IPSS do interior da região centro, tendo a instituição sido selecionada por proximidade e disponibilidade da direção na medida em que me foi dada completa liberdade para participar no quotidiano da estrutura residencial e investigar sobre o fenómeno. À semelhança, também os cuidadores formais se demonstraram disponíveis para colaborar.

Segundo os dados da autarquia local, a freguesia onde se insere a ERPI escolhida para a realização deste estudo, tem registado uma diminuição da população, tendo perdido desde 2011 cerca de 46% dos residentes. Ainda segundo a mesma autarquia a freguesia em questão registava em 2011 um Índice de Envelhecimento de 404 %, ou seja, por cada pessoa jovem havia mais de quatro pessoas com mais de 65 anos. A problemática do envelhecimento demográfico espelha-se, assim, na freguesia referida e reflete-se também nas respostas sociais disponíveis. A IPSS funciona há mais de 20 anos, e tem como objetivo principal o apoio às pessoas idosas e pessoas carenciadas da União de Freguesias Local. Conta com uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte um médico e um enfermeiro a *part-time*, uma assistente social, uma fisioterapeuta, e vinte e cinco auxiliares de ação direta a *full-time* que exercem funções orientadas para a promoção de um desenvolvimento em equilíbrio da população, nas dimensões motoras, intelectuais, afetivas e sociais. As valências que esta instituição disponibiliza à população idosa são o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) que dá resposta a 22 pessoas, o Centro de Dia (CD) com 27 pessoas idosas inscritas e a ERPI com capacidade para 26 utentes, encontra-se com capacidade preenchida.

### **3.2 Alterações na dinâmica organizacional da instituição relacionadas com pandemia de Covid-19**

A pandemia de Covid-19 implicou mudanças profundas na dinâmica diária da ERPI deste estudo, e conseqüentemente no dia-a-dia dos idosos e dos seus profissionais. Tais alterações, que ocorreram a vários níveis, incidiram na obrigatoriedade de utilização de EPI, alteração e reforço das medidas de higiene e segurança, alteração no horário de trabalho dos profissionais, encerramento do CD e redução dos serviços prestados em SAD, entre outras. Além disto, procedeu-se à suspensão das visitas aos idosos durante o período legal estabelecido, definiram-se

novas regras para as visitas aquando do levantamento da suspensão das mesmas, e implementaram-se também novas regras para a admissão de utentes. Também outras medidas tiveram necessidade de serem implementadas, como o “ aumento do distanciamento físico dos idosos à hora da refeição e nas salas de convívio, obrigatoriedade de isolamento profilático e quarentena dos idosos e profissionais nos casos previamente estabelecidos.

Assim, e no sentido garantir a qualidade dos cuidados prestados aos idosos, bem como a sua segurança e a dos profissionais, foi elaborado um plano de contingência que foi sendo atualizado à medida das necessidades. Tratando-se de um documento extenso, foi colocado em Anexo A os excertos necessários para a compreensão das mudanças operacionalizadas e que implicaram impacto direto no dia-a-dia, quer dos utentes, quer dos profissionais (Autor com identidade Protegida, 2020a). No Anexo B ficam expostas as últimas alterações ao referido plano que explicam as mudanças no protocolo de visitas, nas saídas e deslocações dos utentes ao exterior da instituição, bem como na admissão de novos utentes (Autor com identidade Protegida, 2020b).

### 3.3 Participantes

Para a realização do estudo selecionaram-se duas amostras, a amostra correspondente às pessoas idosas e a amostra correspondente aos cuidadores formais.

A seleção da amostra das pessoas idosas foi realizada através de uma primeira análise do processo clínico dos utentes que residiam na ERPI daquela IPSS antes de setembro de 2018 e que tinham nessa data mais de 65 anos de idade.

Posteriormente e após avaliação do processo clínico, foram selecionados os sujeitos que tinham capacidade para responder aos instrumentos de recolha de dados.

Após essa primeira triagem de sujeitos foi aplicado o Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens (TDC-6) (Anexo C) procurando validar as capacidades cognitivas que permitissem a integração na investigação. Este teste, é composto por seis perguntas simples, não-culturais e que não exigem uma interpretação complexa. Os resultados deste teste têm excedido as expectativas tendo demonstrado ser mais sensível e específico para avaliar a demência ligeira do que o *MiniMental State Examination*, sendo inclusive substancialmente mais rápido de aplicar. Utiliza uma pontuação inversa e as perguntas são ponderadas, sendo que os resultados podem assumir valores de 0 a 28. As pontuações de 0-7 são consideradas normais, enquanto as iguais a 8 ou superiores são consideradas significativas (Apóstolo, 2012).

Excluíram-se à partida os sujeitos com demência diagnosticada, ou outras situações clínicas que condicionem perturbação da capacidade de compreensão e expressão (triagem realizada após consulta e análise do processo clínico dos utentes),

que recusaram a participação no estudo, e que não respeitassem os critérios de inclusão.

A amostra que diz respeito aos cuidadores formais foi selecionada com base na demonstração de interesse por parte dos mesmos em participar no estudo, confirmada pela assinatura do consentimento informado.

Os critérios de inclusão, foram a manifestação de interesse em participar nesta investigação. Não foram incluídos neste estudo, os profissionais que apenas prestem cuidados aos utentes do CD e do SAD, bem como aqueles que manifestaram não ter interesse em participar na investigação.

### 3.4 Amostra

Das vinte e seis pessoas idosas que residiam na ERPI no mês de Outubro de 2021, foram excluídos numa primeira fase doze pessoas. Dessas doze pessoas, duas deram entrada na instituição nos últimos dez meses, e portanto não respeitam o critério de inclusão da data de entrada na ERPI, ou seja, antes de setembro de 2018.

Cinco dos doze utentes que não integraram o estudo, fizeram-no por apresentarem demência diagnosticada, estando medicados com um ou mais fármacos para a demência. Dessas cinco, uma tinha ainda diagnosticado transtorno bipolar, sendo que outra tinha sofrido também um acidente vascular cerebral (AVC).

Três dos doze residentes, tinham diagnóstico médico primário de AVC, sendo que como resultado do mesmo, ficaram acamados, totalmente dependentes de terceiros, ambos com afasia global.

Um utente, resultado de convulsões repetidas apresenta afasia global, sendo que apesar de não ter demência diagnosticada encontra-se medicado com fármacos para a demência.

Um outro residente, por ter sido submetido a cirurgia cerebral com complicações intraoperatórias apresenta perturbações graves da compreensão e expressão o que impossibilita toda e qualquer recolha de dados.

Assim, e após análise do processo clínico dos residentes, foram admitidos à aplicação do teste de declínio cognitivo catorze pessoas. Dessas catorze pessoas, cinco estão medicadas com fármacos para a demência. No entanto, foram admitidas à aplicação do TDC-6 por não terem diagnóstico médico de demência no processo clínico do utente e terem capacidades de compreensão e expressão que possibilitam a aplicação do referido teste.

Para a realização desta investigação, era critério de exclusão apresentar um *score* do TDC-6 itens compatível com declínio cognitivo. Assim, das catorze pessoas, sete apresentaram resultado no TDC-6 itens que permitiram a integração no estudo, sendo assim, a amostra das pessoas idosas constituída por 7 participantes. Importa também referir, para melhor compreender o resultado do teste, que nenhum dos

sujeitos tinha mais de seis anos de escolaridade, e nesse sentido apesar de existirem *scores* de 8, tal não tem relevância na apreciação dos resultados.

Na tabela seguinte apresentam-se os *scores* do TDC-6 aplicado aos sete sujeitos admitidos a estudo.

**Tabela 1** - Scores do TDC-6

	Score do TDC-6	Frequência	Percentagem (%)
<b>Resultado Teste de Declínio Cognitivo 6 itens</b>	2	2	28,6
	4	1	14,3
	6	3	42,9
	8	1	14,3

Em Apêndice A, encontra-se uma explicação sobre o procedimento de seleção e triagem das pessoas idosas admitidas a este estudo.

A amostra correspondente aos cuidadores formais foi constituída por dezoito colaboradores.

### 3.5 Procedimento

Inicialmente a Direção da ERPI da IPSS escolhida para a realização deste estudo, foi contactada através de uma carta (Apêndice B), pedindo autorização para a realização do mesmo, explicado e esclarecendo os objetivos da investigação. Após recebimento da autorização, para avançar com a investigação, que se encontra em Apêndice C procedeu-se à recolha dos dados que se realizou no mês de Outubro de 2021.

Desta forma, os aspetos éticos relativos ao desenvolvimento metodológico do estudo foram tidos em consideração. Por um lado, quer através do pedido de autorização enviado à instituição, quer através da garantia de confidencialidade das informações recolhidas. Por outro lado, os participantes foram voluntários, tendo sido informados do objetivo da investigação, através da Carta Explicativa do Estudo (Apêndice D), bem como da confidencialidade da sua participação, permitindo assim o Consentimento Informado (Apêndice E) por parte dos sujeitos.

### 3.6 Instrumentos de recolha de dados

Após exposição da Carta Explicativa do Estudo e o preenchimento do Consentimento Informado pelos participantes, os dados foram colhidos através de vários instrumentos.

Inicialmente, foi aplicado o Questionário de Dados Gerais (QDG) de forma a caracterizar a amostra. Foram realizados e consequentemente aplicados dois QDG, um às pessoas idosas (Apêndice F), e outro aos cuidadores formais (Apêndice G). Estes

instrumentos de recolha de dados foram construídos com o objetivo de recolher informações sobre os dados demográficos dos participantes, de forma a poder caracteriza-los nas várias vertentes sociodemográficas e institucionais.

Às pessoas idosas foram aplicados além do QDG, o Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG) (Anexo D), e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage versão curta 15 itens (EDG – 15) (Anexo E).

O IAG visa avaliar a sintomatologia ansiosa, nos idosos (Pachana et al., 2007). Este instrumento, constituído por 20 itens, com opção de resposta dicotómica (“concordo” ou “discordo”), com nota de corte entre 10/11 (não caso/caso), onde o *score* de 0-10 indica sem ansiedade, de 11-15 ansiedade leve ou moderada e 16-20 ansiedade grave (Maximiano-Barreto, Aguiar, Martins, Buarque & Fermoseli, 2019).

A EDG traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo em 1998 é composta por vinte e oito itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na última semana. A sua versão original constituiu-se como o primeiro instrumento construído para o rastreio de depressão/sintomatologia depressiva em pessoas idosas e, desde a sua versão original, tem sido amplamente estudada, originando também versões breves de 15, 10, 4 e 1 itens (Associação Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica [AIDAP], 2018).

Por sua vez, a EDG-15 tem sido considerada como um instrumento apropriado para o rastreio de sintomatologia depressiva, com boas características psicométricas (AIDAP, 2018). Esta versão é composta por 15 perguntas. Em dez das perguntas a resposta afirmativa dá pontuação positiva, indicando depressão, e, nas restantes cinco, a resposta negativa dá a pontuação positiva. As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto.

No final da aplicação da escala somam-se as pontuações, variando o total entre 0 e 15. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [NEGSPMI], s.d.).

**Tabela 2** - Pontos de corte da escala EDG-15

	<b>Pontos</b>	<b>Tempo de aplicação 6 minutos</b>
<b>Sem depressão</b>	0-5	
<b>Depressão ligeira</b>	6-10	
<b>Depressão grave</b>	11-15	

Fonte: NEGSMI, s.d.

No final da aplicação dos referidos instrumentos de recolha de dados foi realizada uma entrevista, sendo que o guião da mesma que consta no Apêndice H.

A entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a

forma como as pessoas interpretam aspetos do mundo. Permite recolher dados que levam à compreensão de um fenómeno e à sua relação com os sujeitos (Bogdan & Biklen 1994). É uma técnica de investigação que permite recolher informações, utilizando a comunicação verbal, podendo no que diz respeito à sua estruturação ser, aberta, semiestruturada e estruturada (Fontana & Frey, 1994).

No caso desta investigação, as entrevistas realizadas foram semiestruturadas, uma vez que permitiram que o investigador seguisse as questões previamente predefinidas. Segundo Moreira (2007), a entrevista semiestruturada caracteriza-se pela utilização de uma lista de perguntas ordenadas e redigidas por igual para todos os entrevistados, mas de resposta livre ou aberta.

Nesta investigação, realizaram-se entrevistas semiestruturadas às sete pessoas idosas que integraram a investigação, sendo que as perguntas foram iguais para todos, permitindo comparar as opiniões, e sentimentos relativamente ao tema de estudo em questão.

As entrevistas foram gravadas e transcritas (Apêndice I), permitindo proceder à sua análise. Para Chizzotti (2018), a objetivo da análise das entrevistas é compreender criticamente o sentido das comunicações, o seu conteúdo e o seu significado.

Aos cuidadores formais foi aplicada posteriormente a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse, na sua vertente de 21 itens (EADS-21). (Anexo F). A EADS-21 é uma adaptação para a população portuguesa da *Depression, Anxiety Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995 citado por Ribeiro, Honrado & Leal, 2004, citados por Pereira, 2014). A versão de 21 itens, propõe-se medir os mesmos constructos do mesmo modo que a versão de 42 itens. Estas medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde no sentido em que as medidas reduzidas são preferíveis às mais longas dado que nos seus contextos de aplicação as populações tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A escala é usada preferencialmente quando os participantes dos estudos são cuidadores (Pereira, 2014).

Esta escala parte do pressuposto que as perturbações psicopatológicas são dimensionais e não categóricas, propondo uma avaliação dimensional em cinco posições, desde “normal” a “muito grave” (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). É constituída por um questionário de autoavaliação num total de 21 itens organizada em 3 subescalas: Ansiedade, Depressão e Stresse. Cada uma das escalas é constituída por 7 itens. A subescala Ansiedade é constituída por (a) Excitação do Sistema Autónomo (itens 2, 4, 19), (b) Efeitos Músculos Esqueléticos (item 7), (c) Ansiedade Situacional (item 9) e, (d) Experiências Subjetivas de Ansiedade (itens 15, 20). A subescala Depressão é constituída por (e) Disforia (item 13), (f) Desânimo (item 10), (g) Desvalorização da Vida (item 21), (h) Auto depreciação (item 17), (i) Falta de interesse ou de envolvimento (item 16), (j) Anedonia (item 3), e, (k) Inércia (item 5). A subescala Stresse é constituída por (l) Dificuldade em Relaxar (itens 1 e 12), (m)

Excitação Nervosa (item 8), (n) Facilmente Agitado/Chateado (item 18), (o) Irritação/Reação Exagerada (itens 6, 11) e, (p) Impaciência (item 14) (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015).

Todos os itens são avaliados através de uma escala de resposta de tipo *Likert*, de 4 pontos, que reenviam para a severidade e frequência dos sintomas experimentados nos últimos 7 dias - “na semana passada” (0 - “não se aplicou nada a mim”, 1 - “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 - “aplicou-se a mim muitas vezes”, e 3 - “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). A cotação é dada pela soma dos resultados dos 7 itens, obtendo-se uma nota para cada subescala com um resultado mínimo de 0 e máximo de 21. Desta forma, notas mais elevadas correspondem a estados afetivos mais negativos (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015). Os itens da EADS-21 foram selecionados de modo que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois (Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Nesta linha de raciocínio, apresenta-se na Tabela 1 os pontos de corte da escala de EADS-21:

**Tabela 3** - Pontos de corte da escala EADS-21 convertida para a pontuação de 42 itens

Escalas	Normal	Leve	Moderado	Grave	Muito Grave
<b>Stresse</b>	0-14	15-18	19-25	26-33	>34
<b>Ansiedade</b>	0-7	8-9	10-14	15-19	>20
<b>Depressão</b>	0-9	10-13	14-20	21-27	>28

Fonte: Pereira, 2014

A EADS-21 é um instrumento útil para a investigação e para a prática clínica no sentido de se estudar as interligações entre perturbações emocionais e as exigências do meio, como é o caso da presente investigação, que pretende analisar esses estados em cuidadores formais, aos quais é exigido competências para o efeito.

Os instrumentos de recolha de dados aplicados aos cuidadores formais terminaram com algumas questões relacionadas com a pandemia e a saúde mental dos mesmos (Apêndice J).

### 3.7 Tratamento dos dados

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a estatística descritiva. O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando a versão 20 do programa informático *Statistical Package For Social Science* (SPSS) tendo sido também realizada uma análise descritiva das entrevistas.

## CAPÍTULO III- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à análise e tratamento dos dados recolhidos ao longo desta investigação. Realiza-se a análise dos resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados, utilizando para esse efeito a análise estatística dos mesmos, procedendo-se também à análise descritiva das entrevistas.

Assim, e para a concretização do referido anteriormente, analisar-se-ão as duas amostras em separado, a das pessoas idosas e a dos cuidadores das pessoas idosas, sendo que o capítulo inicia com a análise dos dados recolhidos com os instrumentos de recolha de dados aplicados às pessoas idosas, terminando com a análise dos dados recolhidos aos cuidadores formais.

### 1. Apresentação e análise dos resultados dos instrumentos de recolha de dados aplicados às pessoas idosas

#### 1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra das pessoas idosas

Apresenta-se nesta secção os dados referentes às características sociodemográficas da amostra das pessoas idosas.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas

		Frequência	Percentagem (%)
<b>Género</b>	Masculino	2	28,6
	Feminino	5	71,4
<b>Habilitações Literárias</b>	Não Sabe ler nem escrever	1	14,3
	4ª Classe	6	85,7
<b>Estado Civil</b>	Casada (o)	1	14,3
	Viúva (o)	5	71,4
	Divorciada (o)	1	14,3
<b>Profissão</b>	Doméstica	5	71,4
	Pedreiro	1	14,3
	Tratorista	1	14,3

A amostra das pessoas idosas é constituída por 7 sujeitos. Da análise dos dados obtidos verifica-se que a média de idades dos mesmos foi de 83,14 anos, com um desvio padrão de 11,24 sendo que o indivíduo mais novo tinha 66 anos e o mais velho 96 anos.

Do total dos participantes, 5 eram do género feminino e 2 do género masculino.

Em termos de escolaridade, a maior parte da amostra, ou seja, 6 participantes possui a 4ª classe, sendo que apenas 1 participante não sabia ler nem escrever.

Cinco dos participantes eram viúvos sendo que 1 era casado e o outro era divorciado.

Todos os participantes estão reformados, sendo que 5 tinham sido domésticas, 1 tinha sido tratorista e o outro pedreiro.

Dos inquiridos, 5 sujeitos conseguiram referir corretamente a data sendo que 6 referiu corretamente também o dia da semana. Do total de sujeitos todos identificaram corretamente o nome da instituição.

## 1.2 Caracterização dos aspetos relacionados com a instituição

Na tabela 5 são apresentados os dados que dizem respeito ao motivo de admissão dos sujeitos na instituição, bem como o número de anos de institucionalização.

**Tabela 5** - Características associadas à instituição

		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Motivo de Admissão</b>	Vontade Própria	1	14,3
	Problemas de Saúde	5	71,4
	Falta de Suporte Familiar	1	14,3

No que diz respeito ao motivo de entrada na instituição, 5 dos participantes, referem que se deveu a motivos de saúde. Um referiu que foi por vontade própria, sendo que o outro referiu que foi por falta de suporte familiar.

Relativamente ao tempo de permanência dos idosos na instituição, o tempo médio de institucionalização foi de 6 anos e 8 meses. De referir, que o tempo mínimo de institucionalização foi de 3 anos e 6 meses, e o tempo máximo de 11 anos e 6 meses.

### 1.3 Apresentação do resultado do inventário de ansiedade geriátrica

Seguidamente, através da análise do gráfico vai proceder-se à análise dos dados resultantes da aplicação do IAG às pessoas idosas.

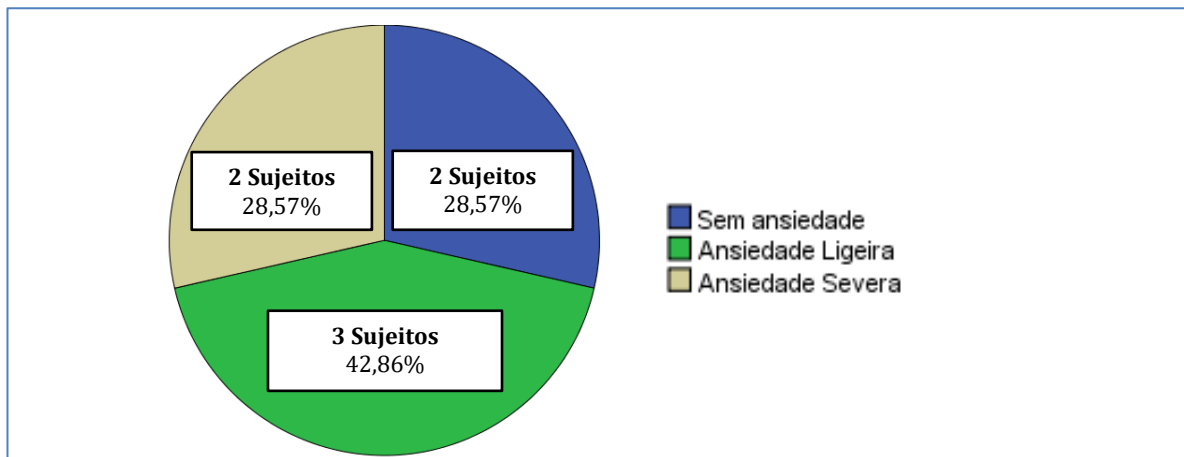


Gráfico 1 - Prevalência da ansiedade

No que diz respeito à prevalência da ansiedade, a aplicação do IAG permitiu observar que 5 sujeitos (71,43%) foram diagnosticados com alguma forma de ansiedade. Desses, 2 sujeitos apresentavam critérios para o diagnóstico ansiedade severa e 3 de ansiedade ligeira. Importa referir, que segundo a análise realizada ao processo clínico dos utentes, não foi constatado nenhum caso ansiedade diagnosticada, facto que pode querer indicar que esse sintoma tenha passado despercebido, ou então não sendo esse o caso, tal sintoma/problema não fica registado no processo clínico do utente.

### 1.4 Apresentação do resultado da escala de depressão geriátrica

Através do gráfico seguinte vão analisar-se os dados referentes à aplicação da EDG, às pessoas idosas.

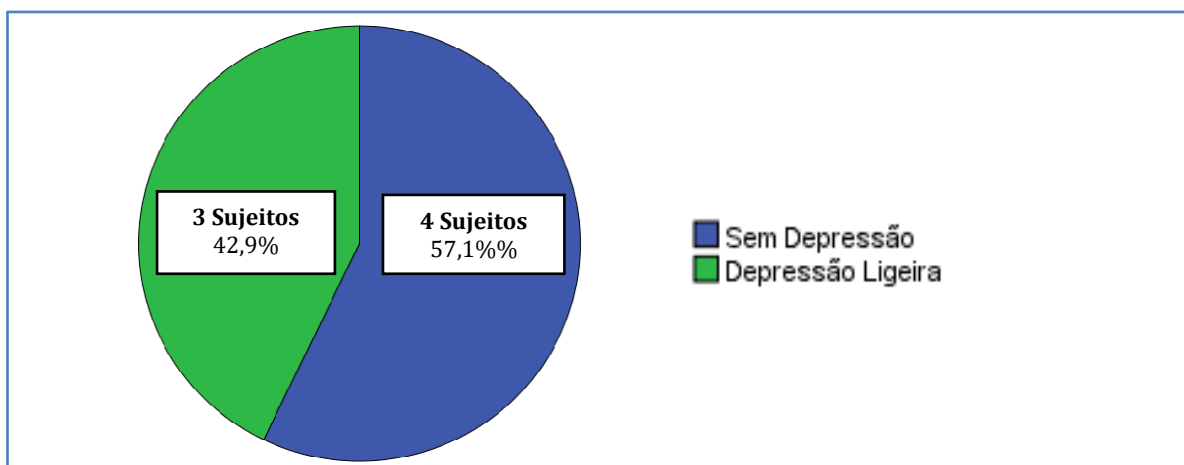


Gráfico 2 - Prevalência da depressão

Quanto à prevalência da depressão a aplicação da EDG permitiu observar que 3 dos sujeitos (42,9%) foram diagnosticados com depressão ligeira, sendo que os restantes 4 sujeitos (57,1%) não tinham, segundo o referido instrumento de recolha de dados qualquer tipo de depressão. De referir, que dos 3 sujeitos a quem foi “diagnosticado” depressão, apenas 1 tinha o antecedente de depressão como diagnóstico médico, o que se certa forma pode indicar casos de depressão sub-diagnosticada.

## 1.5 Análise das entrevistas realizadas às pessoas idosas

Nesta secção serão apresentados os dados relativos à análise das entrevistas realizadas às pessoas idosas. Estas entrevistas, que foram realizadas baseadas num guião orientador, foram transcritas, encontrando-se a sua transcrição no Apêndice I.

As questões do guião da entrevista encontram-se organizadas em Assuntos e em Perguntas, estando essa discriminação na tabela seguinte.

**Tabela 6** - Assuntos e perguntas da entrevista às pessoas idosas

<b>Assunto</b>	<b>Perguntas</b>
<b>Assunto I</b> Aspetos Relacionados com a Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do que é a Covid-19;</li> <li>• Reconhecimento da idade superior a 65 anos como fator de risco;</li> </ul>
<b>Assunto II</b> Rotina Diária em Período de Pandemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das alterações à rotina diária durante a pandemia;</li> <li>• Identificação das atividades que não foram realizadas devido à pandemia;</li> </ul>
<b>Assunto III</b> Isolamento Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante o isolamento social;</li> </ul>
<b>Assunto IV</b> Confinamento geral de 14 dias no quarto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento geral;</li> </ul>
<b>Assunto V</b> Confinamento pessoal no quarto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento pessoal;</li> </ul>
<b>Assunto VI</b> Sentimentos durante o tempo de pandemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de momentos de ansiedade;</li> <li>• Identificação de momentos de medo;</li> <li>• Descrição das implicações de não ver a família;</li> <li>• Identificação de sentimentos de tristeza;</li> <li>• Iniciou terapêutica antidepressiva;</li> </ul>
<b>Assunto VII</b> Que futuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de sentimentos de esperança;</li> </ul>

Para a realização das entrevistas, o investigador assegurou o cumprimento de todos os procedimentos éticos e legais inerentes e solicitou autorização para as registar através de um gravador áudio. Ao longo desta análise, manter-se-á o

anonimato dos entrevistados. Para tal, será respeitada a seguinte codificação: SA; SB; SC; SD; SE; SF; SG (Sujeito A, Sujeito B, Sujeito C, Sujeito D, Sujeito E, Sujeito F, Sujeito G). Seguidamente encontra-se a análise das entrevistas.

### 1.5.1 Assunto I - A Covid-19

O assunto I, pretendeu contextualizar o conhecimento que as pessoas idosas tinham da Covid-19. Assim, foram criadas duas perguntas, no sentido de aferir se, em primeiro lugar, os sujeitos tinham conhecimento do que era a doença Covid-19, e em segundo lugar, se os mesmos tinham consciência ou perceção de que por terem mais de 65 anos, faziam parte do grupo de risco de desenvolver complicações graves associadas à doença.

Este primeiro assunto é importante, visto ser necessário alguma compreensão do que é a doença e dos riscos que a mesma acarreta para a saúde dos mais idosos, para perceberem o porquê de serem implementadas todas as medidas restritivas de proteção que foram adotadas ao longo do tempo.

**Tabela 7** - Análise do assunto I - Aspetos relacionados com a covid-19

Assunto I	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Aspetos Relacionados com a Covid-19</b>	Identificação do que é a Covid-19	SA: (...) “é o mal que anda por ai, uma doença!” SB: “ (...) é esta doença que anda ai (...) não nos deu cá, por isso não sei o que é.” SC: “ (...) esta epidemia que anda ai (...) este vírus” SD: “ (...) malina que apareceu no mundo. A gente não vê nada, mas (...) é!” SE: “ (...) doença rara (...) ” SF: “ (...) vírus “ SG: “ (...) micróbio que anda ai (...) “
		<b>Inferências:</b> No que concerne à pergunta «Identificação do que é a Covid-19», as respostas dos sujeitos são unânimes em associar a Covid-19 a uma doença.  Um sujeito utiliza o termo “ mal “ e outro o termo “malina“, expressões populares entre os mais idosos.  Dois dos sujeitos reconhecem que se trata de um vírus, um associa a Covid-19 a uma doença rara e outro utiliza o termo micróbio para se referir à Covid-19.  Assim, apesar dos termos utilizados pelos sujeitos, a totalidade compreende o que é a Covid-19. Interessantes as respostas dos sujeitos B e C, que apesar de saberem que se trata de uma doença,

	como nunca tiveram contacto com a mesma não sabem bem o que é.
Reconhecimento da idade superior a 65 anos como fator de risco	<p>SA: “ Não sabia, julguei que isso não tinha idade (...) ”</p> <p>SB: “ Estávamos mais sujeitos isso eu sabia (...) ”</p> <p>SC: “ eu sei (...) ”</p> <p>SD: “ não sabia “</p> <p>SE: “ (...) pode atacar-nos mais que a qualquer outra pessoa”</p> <p>SF: “ (...) sabia disso ”</p> <p>SG: “ (...) podem ficar os velhos e novos, (...) apanha qualquer pessoa”</p>
	<p><b>Inferências:</b> No que concerne à pergunta «Reconhecimento da idade superior a 65 anos como fator de risco», 4 dos 7 sujeitos reconhecem que por terem mais de 65 anos estão mais suscetíveis a desenvolver complicações graves associadas à Covid-19.</p> <p>O Sujeito A revela desconhecimento sobre esse facto, sendo que o Sujeito G refere que novos e velhos estão em risco de igual forma.</p> <p>Verifica-se que 3 dos 7 idosos apresentam desconhecimento sobre o referido tema, o que se revela preocupante, visto ter que haver um entendimento sobre este assunto para poderem compreender as medidas restritivas que foram tomadas para os proteger ao longo do tempo.</p>

### 1.5.2 Assunto II - Rotina diária em período de pandemia

O assunto II da entrevista, procura aferir se existiram ou não alterações à rotina diária das pessoas idosas, provocadas pela pandemia de Covid-19. A partir deste assunto, foram criadas duas perguntas, procurando com isto averiguar as alterações sentidas nas rotinas diárias dos sujeitos, e as atividades que os mesmos ficaram impossibilitados de realizar devido à pandemia.

**Tabela 8** - Análise do assunto II - Rotina diária em períodos de pandemia

Assunto II	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Rotina diária em períodos de pandemia</b>	Identificação das alterações à rotina diária durante a pandemia	<p>SA: “ (...) nada diferente. Como a mesma coisa, tomo os mesmos medicamentos (...) ”</p> <p>SB: “ estava irritada, mas paciência (...) não deixei de fazer nada (...) ”</p> <p>SC: “ (...) quase igual (...) já saia pouco (...) ”</p>

		<p>estou aqui habituada, já nem gosto de ir a casa (...) “</p> <p>SD: “ Umas coisas era igual (...) tirava o ânimo da gente sem saber o que pensar, o que esperar (...) ”</p> <p>SE: “ (...) estragou-me a vida (...) estou infeliz (...) queria ir pra casa, (...) não posso, (...) família não me leva (...) não consigo fazer as coisas sozinho”</p> <p>SF: “ Não ”</p> <p>SG: “ Não. A gente só tem medo de andar na rua à vontade (...) ”</p>
	<p><b>Inferências:</b> No que concerne à pergunta «Identificação das alterações à rotina diária durante a pandemia», as respostas foram semelhantes, no sentido em que os idosos não sentiram alterações muito significativas no que diz respeito à rotina diária na instituição. Salienta-se o facto de alguns sujeitos terem referido sentimentos de irritação, desânimo e até medo de sair à rua.</p> <p>O Sujeito B refere que era tudo quase igual, uma vez que já estava habituada aquela rotina, o que pode indicar algum sentimento de solidão já instalado.</p> <p>No entanto, salta a vista a resposta do Sujeito E, que refere entre outras coisas que se sente “infeliz” e que a pandemia lhe “estragou a vida”. Este facto está relacionado com as expectativas daquele sujeito em ir para casa, para junto da família, no entanto, para que tal acontecesse tinha que ganhar alguma autonomia, através de tratamentos de fisioterapia que não foram feitos devido à pandemia.</p> <p>Verifica-se também, que as alterações sentidas na rotina diária foi mais sentida em termos pessoais que em termos coletivos, o que pressupõe, ou faz pressupor alguma continuidade dos cuidados prestados pelos colaboradores.</p> <p>Neste sentido, foi interessante constatar a resposta do Sujeito A “tomo os mesmos medicamentos”, o que indica que associa a rotina a atividades como a toma da terapêutica.</p>	
	<p>Identificação das atividades que não foram realizadas devido à pandemia</p>	<p>SA: “ Por causa da pandemia não. (...) por causa dos tremores, (...)”</p> <p>SB: “ (...) não fui a casa durante um ano e tal (...) sabia que não podia ir, tinha que estar fechada”</p> <p>SC: “ foi tudo igual “</p> <p>SD: “ (...) quando tinha que ir ao hospital,</p>

		<p>tinha que que ir pro quarto (...) era diferente de estar aqui (...) “</p> <p>SE: “ Tudo, não faço nada de valor a não ser comer e dormir”</p> <p>SF: “ Tudo igual ”</p> <p>SG: “ Gosto de andar de comboio, (...) por causa do micróbio não pude “</p>
	<p><b>Inferências:</b> No que concerne à pergunta «Identificação das atividades que não foram realizadas devido à pandemia», 3 dos 7 sujeitos referem que as atividades realizadas não sofreram alterações devido à pandemia, o que pode indicar que para estas pessoas as atividades se mantiveram as mesmas, ou por sua vez existia um reduzido número de atividades realizadas com estes idosos.</p> <p>O Sujeito A, referiu que o abandono das suas atividades não se deveu à pandemia, mas sim a uma condição de saúde “ tremores” que lhe impossibilitava entre outras coisas fazer costura.</p> <p>O Sujeito B refere que durante mais de um ano se viu impossibilitado de ir a casa, o que revela uma alteração significativa à sua rotina diária. No entanto, aceitou a situação.</p> <p>O Sujeito D, referiu nesta pergunta que cada vez que ia ao hospital, devido a um problema de saúde tinha que ir para o quarto de isolamento, vendo-se impossibilitado de estar junto dos outros idosos com alguma frequência.</p> <p>Por sua vez, o Sujeito E refere que devido à pandemia, deixou de fazer tudo o que fazia até então, referindo inclusive que neste momento a única coisa que faz de valor é “comer e dormir”.</p> <p>O Sujeito G refere que se se viu impossibilitada de viajar, atividade que fazia com frequência e a qual lhe dava prazer.</p> <p>Assim pode concluir-se que a pandemia teve impacto nas aspirações e nas atividades de 4 dos 7 sujeitos, sendo que essas atividades não foram tanto de carácter geral, mas sim se índole mais pessoal.</p> <p>Importa também salientar a resposta do Sujeito E, que apresenta um desânimo bastante acentuado na sua resposta, referindo inclusive que não faz nada de valor.</p>	

### 1.5.3 Assunto III - Isolamento social

O assunto III da entrevista, diz respeito à problemática do isolamento social. Foi realizada uma pergunta, com o objetivo de reconhecer as situações mais difíceis de gerir, e as que tiveram maior impacto na vida dos sujeitos durante o isolamento social decretado.

Tabela 9 - Análise do assunto III - Isolamento social

Assunto III	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Isolamento Social</b>	Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante o isolamento social	<p>SA: “ (...) foi não ver a minha família (...) não tenho família chegada (...) mas isto não foi por causa do covid (...) ”</p> <p>SB: “ (...) ter que ficar fechada. Comer nunca nos faltou (...) ”</p> <p>SC: “(...)não me custou nada (...) Tive sempre a preocupação de fazer o que nos mandavam, o que era bom para nós (...) ”</p> <p>SD: “ (...) estávamos habituados com a nossa família (...) isso deixou de poder acontecer (...) chocou-me (...) até que a gente se mentalizou.</p> <p>SE: “ estar fechado “</p> <p>SF: “ (...) ter de estar fechado no quarto “</p> <p>SG: “ Ainda nos estão a fazer isso, (...) não nos deixam ir a rua à vontade (...) custa-me muito. O meu filho (...) nunca mais me levou a lado nenhum ”</p>
<p><b>Inferências:</b> No que concerne à pergunta «Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante o isolamento social», apenas o Sujeito C referiu que não identificou situações difíceis de gerir devido ao isolamento social.</p> <p>O Sujeito A referiu que o mais difícil foi não ver a família, no entanto, refere também que isto não se deveu à Covid-19, portanto tal situação é anterior à pandemia.</p> <p>O Sujeito D referiu que o mais difícil foi não poder estar com a família, referindo ter ficado em choque, no entanto, refere também que se mentalizou e assimilou tal situação.</p> <p>Por outro lado, 3 dos 7 idosos referiram que o mais difícil foi estarem fechados, na ERPI ou no quarto, tendo sido também valorizado por um dos sujeitos o facto de nunca terem faltado bens essenciais.</p> <p>O Sujeito G deu uma resposta um pouco diferente dos outros sujeitos, ao referir que “ ainda nos estão a fazer isso” o que faz supor que ainda existem restrições na ERPI e que este sujeito em particular valoriza ainda pela negativa o facto de “ não poder ir à rua à vontade”. Desta feita, o Sujeito G sentiu que o isolamento social foi um entrave nas suas atividades de lazer, nomeadamente nas atividades lúdicas realizadas fora da instituição com o filho.</p> <p>Assim, para dois sujeitos, o que mais custou durante a pandemia, foi não poderem estar com a família. Quatro dos sujeitos, referem que a imposição de estarem privados da sua liberdade, e das suas atividade de lazer foi o que mais os perturbou, no entanto, um desses idosos, salienta o facto de nunca ter faltado bens</p>		

essências como um aspeto positivo a reter.

Um dos idosos repara ainda, que apesar de poderem estar com a família, ainda existem algumas restrições e condicionantes, no entanto para um dos sujeitos esta situação teve pouco impacto, uma vez que já antes da pandemia tinha pouco contacto com a família.

#### 1.5.4 Assunto IV - Confinamento geral de 14 dias no quarto

Durante a pandemia existiram alguns períodos de confinamento geral ao quarto durante um período de 14 dias. O assunto IV, debruça-se sobre essa problemática, tendo sido criada para esse efeito uma pergunta que se destina a avaliar as situações mais difíceis de gerir durante os 14 dias de confinamento geral ao quarto.

Tabela 10 - Análise do assunto IV - Confinamento geral

Assunto IV	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Confinamento geral de 14 dias no quarto</b>	Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento geral	<p>SA “ não me lembro de ter estado fechada no quarto 14 dias ”</p> <p>SB: “ lembro me bem (...) Custou-me (...) mas sabia que tinha que la estar (...) a gente presa é outra coisa (...) ”</p> <p>SC: “ (...) não me custou nada (...) estava preocupada que a gente tivesse o pior (...) pessoas que não queriam la estar (...) eu cumpri (...) queria que a gente não tivesse nada ”</p> <p>SD: “ custou um bocado, mas estava no quarto com a (...) e tínhamos todos que estar (...) ”</p> <p>SE: “ Triste por estar fechado (...) custou mais foi estar fechado ”</p> <p>SF: “ (...) estive bem. Estava acompanhado (...) não me custou nada (...) tinha rádio, estava bem (...) ”</p> <p>SG: “ (...) custou-me (...) não deixavam estar com os outros (...) estava a porta do quarto, mas não era igual ”</p>

**Inferências:** No que concerne à pergunta «Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento geral» o Sujeito A não se recorda de ter estado em tal situação. Interessante foi o termo utilizado “ fechado o quarto ” para se referir ao confinamento, o que revela tal situação sentida como imposta, sem escolha.

Os restantes recordam esse momento, sendo que as opiniões e as vivências foram no geral, semelhantes entre eles.

O Sujeito C e F referem que não foi um momento difícil, sendo que o primeiro recorda que o principal era cumprir as indicações para minimizar problemas, e o segundo recorda que pelo facto de estar acompanhado e ter um rádio a situação não lhe causou um transtorno significativo.

O Sujeito B, recorda que foi um momento difícil, utilizando inclusive o termo “presa”, no entanto aceitou a situação porque compreendeu que tinha que ser.

Também o Sujeito D refere que o momento lhe custou, mas o facto de estar acompanhado e de ser uma situação aplicada a todos os idosos contribui para aceitar a situação.

O Sujeito E referiu que lhe custou estar fechado, referindo sentir-se triste nessa altura e o Sujeito G também refere que a proibição de estar junto dos outros idosos foi um momento que lhe custou.

Assim, pode constatar-se que os idosos vivenciaram esta situação de forma pessoal, e subjetiva, sendo que apesar ter sido um momento difícil para alguns dos sujeitos, alguns deles acabaram por aceitar a situação, sendo que para outros o facto de terem companhia dos pares serviu para minimizar o isolamento.

### 1.5.5 Assunto V - Confinamento pessoal no quarto

Durante o pico de pandemia, e de acordo com as recomendações da DGS (2020a), e segundo a referida ERPI, através do seu plano de contingência existiam situações e circunstâncias em que os sujeitos tinham que cumprir 14 dias de isolamento profilático. Tais situações, fossem por caso suspeito, ou por saída da ERPI fossem quais fossem os motivos, implicavam a permanência durante 14 dias num quarto, com portas fechadas, com janelas para o exterior e casa de banho.

Assim, criou-se o assunto V - Confinamento Pessoal, sendo que para dar resposta a esse assunto, foi criada uma pergunta que pretende identificar os sentimentos, emoções e situações que os sujeitos que tinham estado nesta situação, tiveram mais dificuldade em gerir e em ultrapassar.

Tabela 11 - Análise do assunto V - Confinamento pessoal

Assunto V	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Confinamento pessoal no quarto</b>	Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento pessoal	SA: “ Não me lembro (...) de ter estado nessa situação ” SB: “ (...) nunca estive nessa situação ” SC: “ Estive duas vezes (...) não me custou nada (...), conformei-me ” SD: “ (...) chorei muito. Estar (...) fechada e não poder sair, falar com ninguém, nem (...) ver ninguém (...) não perceber porque (...) as vezes foram muitas (...) ” SE: “ uma vez por (...) consulta (...) custou

		<p>mais foi estar fechado. “</p> <p>SF: “ Estive uma vez (...) estar fechado no quarto foi o pior que me podia ter acontecido (...) senti ansiedade, mal-estar, não estava bem (...) “</p> <p>SG: “(...)tinha que gramar 14 dias (...) só de ir à rua (...) não nos deixavam estar com os outros. Custou-me muito estar sempre no mesmo sítio (...) tinham um sinal no corredor (...) para não passar (...) eu passava”</p>
<p><b>Inferências:</b> No que diz respeito à pergunta «Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento pessoal», o Sujeito A não se lembra de ter estado nessa situação, sendo que o Sujeito B refere que nunca tinha estado nessa situação.</p> <p>O Sujeito C refere que apesar de ter estado nessa situação, a mesma não lhe causou transtorno, referindo inclusive que se conformou e aceitou a situação.</p> <p>Para o Sujeito D foram momentos bastante difíceis, referindo inclusive que “ chorei muito”. O facto de estar fechado, não ver ninguém e pelo facto de terem sido muitas vezes, fez com que estes momentos fossem dolorosos para este idoso. Um aspeto importante sobre esta resposta diz respeito ao facto de este sujeito referir não perceber o porque da necessidade de estar em isolamento, o que levanta algumas questões, nomeadamente: se foi informado, se foi esclarecido, se compreendeu a informação que lhe estava a ser transmitida.</p> <p>O Sujeito E refere que esteve nessa situação uma vez e que lhe custou estar fechado.</p> <p>Também o Sujeito F referiu que esteve nessa situação uma vez, referindo que foi a pior coisa que lhe podia ter acontecido, descrevendo sensação de ansiedade e mal-estar.</p> <p>Também o Sujeito G refere que lhe custou muito estar sempre no mesmo sítio, apesar de mencionar que algumas vezes passou da zona por onde não podia circular.</p> <p>Pode constar-se assim, que os 14 dias de confinamento pessoal foram difíceis de gerir para a maioria dos sujeitos, sendo que sentimentos de ansiedade, mal-estar, e tristeza foram constatados.</p>		

### 1.5.6 Assunto VI - Sentimentos durante a pandemia

O assunto VI da entrevista, procura identificar quais os sentimentos que os sujeitos experimentaram durante a pandemia. Este assunto foi subdividido, em sentimentos de ansiedade, medo e tristeza. Além disto, também foi perguntado aos sujeitos, se o facto de terem sido privados de ver a família teve implicações para eles. Por último, também lhe foi perguntado se durante esta pandemia, tinham iniciado terapêutica antidepressiva.

**Tabela 12** - Análise do Assunto VI - Sentimentos durante a pandemia

Assunto VI	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Sentimentos durante o tempo de pandemia</b>	Identificação de momentos de ansiedade	<p>SA: “ (...) não gosto de ver televisão. Essas notícias (...) não gosto de ver “</p> <p>SB: “ (...) andei mais ansiosa (...). Esta porcaria não abatia, era cada vez mais aumentada. Agora (...) ando mais calma “</p> <p>SC: “ sim, com a minha família que apanhasse (...) “</p> <p>SD: “ andava, por causa da família e de mim”</p> <p>SE: “ (... ) mais ansioso, com o medo de apanhar (...) “.</p> <p>SF: “ (...) quando estive fechado no quarto, fora isso estive bem “</p> <p>SG: “ (...) princípio andávamos mais nervosos. Agora não. Aqui não tem morrido ninguém (...) no brasil tem sido uma razia. Há 100 anos houve a pneumónica, também morreu muita gente “</p>
		<p><b>Inferências:</b> No que diz respeito à pergunta «Identificação de momentos de ansiedade», 6 dos 7 sujeitos referem que durante a pandemia, nomeadamente durante o confinamento andaram mais ansiosos.</p> <p>Apenas o Sujeito A referiu que não gosta de ver notícias, ou televisão e por esse motivo desconhecia as notícias sobre a Covid-19.</p> <p>O Sujeito B associava a ansiedade aos elevados números de infetados, referindo que “ não abatia, que era cada vez mais aumentada”.</p> <p>O Sujeito C associou a ansiedade ao medo de que a família fosse infetada, sendo que também o Sujeito D apresentava a mesma resposta, incluindo também, a ansiedade relacionada com o “ medo de apanhar”.</p> <p>O Sujeito F referiu que apenas sentiu ansiedade no momento em que cumpriu os 14 dias de confinamento pessoal.</p> <p>O Sujeito G refere no plural, que no “princípio” andavam todos mais nervosos. No entanto tal como o Sujeito B refere que neste momento já anda “mais calma”, associado ao facto de não ter morrido gente na ERPI pela Covid-19. O Sujeito G salienta ainda que há 100 anos houve uma epidemia semelhante, sendo que na altura morreu muita gente, o que pode indicar que este sujeito em questão, viva a pandemia de forma diferente dos outros sujeitos.</p> <p>Conclui-se assim, que no pico da pandemia, se verificaram níveis de</p>

	<p>ansiedade mais elevados que o normal, associados ao medo de ser contagiado, de ter a família contagiada, devido ao elevado número de casos/mortes e devido ao facto de terem estado em confinamento pessoal durante 14 dias.</p>
<p>Identificação de momentos de medo</p>	<p>SA: “ medo? (...) não. A temperatura está (...) boa e medem a tensão (...) “</p> <p>SB: “ medo de estar doente (...), mas a (...) Dr.<sup>a</sup> teve sempre tudo acautelado (...) “</p> <p>SC: “ (...) preocupava-me mas não era medo “</p> <p>SD: “ tinha medo, era um viver muito diferente do que conheci toda a vida (...) “</p> <p>SE: “ medo de apanhar o bicho “</p> <p>SF: “ não (...) o companheiro do quarto, até no quarto tem medo “</p> <p>SG: “ tive medo disto da bicharada (...) estava a morrer bastante gente. É nas notícias que a gente vê (...) A gente tinham medo (...) e pena das criancinhas que ficaram sem os pais.</p>
	<p><b>Inferências:</b> No que diz respeito à pergunta «Identificação de momentos de medo», o Sujeito A refere que não teve medo, apresentando confiança no facto de os cuidadores verificarem com frequência a temperatura e avaliarem a tensão arterial.</p> <p>O Sujeito B refere que teve medo, no entanto também como o Sujeito A revela confiança na diretora técnica, que segundo este sujeito teve tudo controlado.</p> <p>O Sujeito C refere que andou preocupado, mas medo não chegou a ter.</p> <p>Também o Sujeito E refere não ter tido medo.</p> <p>Por sua vez, os Sujeito D, E e F, revelam que durante a pandemia experimentaram sentimentos de medo. O Sujeito D refere ter tido medo do desconhecido, revelando que “ era um viver muito diferente do que conheci toda a vida”. O Sujeito E revela ter tido medo, por medo de ser infetado, sendo que também o Sujeito G revela que teve medo de ser infetado, uma vez que estava a morrer bastante gente provocada pela Covid-19. Além disto, este sujeito, referiu ainda que além de medo, sentiu pena das crianças que ficaram sem pais devido à doença.</p> <p>Conclui-se assim, que tal como na questão anterior, também nesta questão os sujeitos referiram que em algum momento da pandemia tiveram medo. Medo por diversas razões, mas também pena pelas crianças que ficaram órfãs devido à morte dos pais resultado da doença.</p>

	<p>Descrição das implicações de não ver a família</p>	<p>SA: “ (...) tinha poucas visitas (...) não me faz diferença (...) um sobrinho (...) vinha cá ver (...) disse-lhe que não podia cá entrar (...) não tinha cá dinheiro para lhe dar, nunca mais disse nada (...) “</p> <p>SB: “ (...) valha me deus (...) custou me muito (...) o que mais me custou. Agora já não (...) vejo-os de 8 em 8 dias “</p> <p>SC: “ (...) conformei-me com o que era bom para nós (...) sabia que eles estavam bem (...) telefonava ao meu filho (...) “</p> <p>SD: “ (...) fazia me muita falta conviver com eles “</p> <p>Sujeito E: “ sim (...) queria ter relação com eles (...) e não podia “</p> <p>SF: “ não poder ter visitas foi duro (...) estar o ano todo sem ver o filho, (...) este ano já cá estive (...) ”</p> <p>SG: “ (...) mais triste. Não poder sair quando tinha vontade (...) Agora está melhor, mas não está livre de perigo. A gente vê (...) as pessoas que morrem, mesmo (...) a ser tratados “</p>
	<p><b>Inferências:</b> No que diz respeito à pergunta «Descrição das implicações de não ver a família», o Sujeito A revela que o facto de não ver a família não teve implicações para si, visto que já antes da pandemia, os sobrinhos não o vinham visitar.</p> <p>O Sujeito B refere que foi o que mais lhe custou, sendo que neste momento esta situação esta ultrapassada, uma vez que vê a família com alguma frequência.</p> <p>O Sujeito C refere que também lhe custou, mas conformou-se com o facto de saber que a família se encontrava bem. Refere que o facto de o confinamento ser uma medida de proteção, e o facto de poder falar com os familiares pelo telefone ajudou a minimizar esta situação.</p> <p>Os Sujeitos D, E, F e G deram respostas semelhantes no sentido em que foi duro não ver a família, foi difícil não poder conviver com eles. O Sujeito G referiu ainda sentir-se triste com a situação, no entanto também todos eles, referem que neste momento as coisas já estão melhores.</p> <p>Conclui-se também aqui, que o confinamento, e a necessária proibição de visitas dos familiares aos sujeitos na ERPI, foi um momento difícil para a maioria dos sujeitos, sendo que estratégias como a utilização dos telemóveis ajudaram a minimizar o impacto da falta de contato físico. No entanto, apesar das coisas estarem mais normalizadas “ não está livre de perigo” o que revela consciência por parte de alguns idosos de que ainda existem cuidados que têm que ser tidos em consideração.</p>	

	Identificação de sentimentos de tristeza	SA: “ Mais triste? (...) foi igual “ SB: “ um bocado “ SC: “ talvez ” SD: “ andava sim (...) “ SE: “ andei sim (...) “ SF: “ não “ SG: Respondido na questão anterior (sentimentos de tristeza)
<p><b>Inferências:</b> No que diz respeito à pergunta «Identificação de sentimentos de tristeza», o Sujeito A refere que não sentiu alteração. O Sujeito C, não sabe especificar, sendo que o Sujeito F refere que não teve sentimentos de tristeza. Por sua vez, os Sujeito B, D, E e G referem que sim, que em algum momento da pandemia andaram mais tristes,</p> <p>Assim, através desta resposta verifica-se que 4 dos 7 sujeitos referiram sentimentos de tristeza associados à pandemia, sendo que um não soube especificar, referindo-se à resposta como “ talvez”.</p>		
	Iniciou terapêutica antidepressiva	SA: “ (...) que eu saiba não “ SB: “ não “ SC: “ acho que não “ SD: “ (...) acho que não “ SE: “ não “ SF: “ não “ SG: “ não ”
<p><b>Inferências:</b> No que diz respeito à pergunta «Iniciou terapêutica antidepressiva», verificou-se que nenhum dos sujeitos referiu ter iniciado terapêutica antidepressiva no decorrer da pandemia de Covid-19. Tal facto, pode ser explicado simplesmente por não ter sido desenvolvida depressão por parte dos sujeitos, ou por outro lado pelo desenvolvimento de estratégias de <i> coping </i> que lhes permitisse lidar e ultrapassar os momentos mais difíceis.</p> <p>Também se sabe que a depressão passa muitas vezes despercebida, que os sinais e sintomas são camuflados por outros e nesse sentido, tal situação pode não ter sido identificada.</p> <p>Além disso, os profissionais de saúde, assoberbados com as medidas de contenção, as adaptações do serviço, os sintomas físicos da doença, mais imediatos e muitas vezes mais visíveis, podem ter descuidado a saúde mental dos sujeitos.</p>		

### 1.5.7 Assunto VII - Futuro

O assunto VII da entrevista, procurou compreender se por parte dos sujeitos existe esperança no futuro.

**Tabela 13** – Análise do assunto VII - O Que esperar do futuro

Assunto VII	Pergunta	Unidades e Registo/Indicadores
<b>Futuro</b>	Identificação de sentimentos de esperança	<p>SA: “Pouca (...) a 2000 chegarás de 2000 não passarás (...) tudo tem um fim, e o mundo tem um fim também (...)”</p> <p>SB: “ (...) sim, (...) são coisas que acontecem “</p> <p>SC: “ tenho (...) esperança (...) já sou velha, mas lembro me (...) das criancinhas “</p> <p>SD: “ (...) não sei. As coisas já têm tanto tempo (...) nunca mais param (...) “</p> <p>SE: “ (...) penso que sim, mas tem (...) que haver gente por trás (...) “</p> <p>SF: “ (...) acho que sim “</p> <p>SG: “ (...) nunca se sabe (...) com estes tratamentos, está melhor mas alguns não fazem. E mesmo com os tratamentos morrem (...) “</p>
<p><b>Inferências:</b> No que concerne à pergunta «Identificação de sentimentos de esperança», as respostas dos sujeitos dividem-se.</p> <p>O Sujeito A refere que tem pouca esperança no futuro fazendo alusão a um ditado antigo, referindo-se à pandemia como um eventual “ fim do mundo”, sendo que os Sujeito D e G apresentam também algum ceticismo no que ao futuro diz respeito.</p> <p>O Sujeito D mostra-se cético relativamente ao futuro devido ao tempo de duração da pandemia, enquanto que o Sujeito G, revela o seu ceticismo nos tratamentos que existem atualmente, na falta de eficácia dos mesmos e na recusa em algumas pessoas serem submetidas ao tratamento.</p> <p>Por sua vez, os Sujeito B e C, revelam esperança no futuro, referindo que são acontecimentos que fazem parte da vida, conformando-se, aceitando que o que vida lhes dá, mas apresentando alguma preocupação pelas gerações futuras.</p> <p>O Sujeito E, revela também esperança no futuro, no entanto, e segundo o seu desabafo no final da entrevista, a pandemia e segundo a sua perspetiva foi devido à mão humana, ou seja, foi provocada intencionalmente.</p> <p>Através das repostas obtidas, verifica-se que os sujeitos apresentam alguma incerteza nas respostas dadas, sendo que apenas 3 dos 7 sujeitos referem de forma perentória ter esperança no futuro.</p>		

## 2. Apresentação e análise dos resultados dos instrumentos de recolha de dados aplicados aos cuidadores formais

### 2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra dos cuidadores formais

Nesta secção apresenta-se os dados referentes às características sociodemográficas da amostra dos cuidadores formais.

Tabela 14 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores Formais

		Frequência	Percentagem (%)
<b>Género</b>	Masculino	0	0
	Feminino	18	100%
<b>Habilitações Académicas</b>	4ª Classe	4	22,2
	Superior à 4ª Classe	1	5,6
	9º Ano	8	44,4
	12º Ano	3	16,7
	Ensino Superior	2	11,1
<b>Estado Civil</b>	Casada (o)	9	50
	Divorciada (o)	4	22,2
	Solteira (o)	5	27,8

A amostra dos cuidadores formais das pessoas idosas foi constituída por 18 sujeitos. Da análise dos dados obtidos verifica-se que a média de idades dos sujeitos foi de 52,2 anos, com um desvio padrão de 10,66 sendo que o indivíduo mais novo tinha 29 anos e o mais velho 66 anos. De referir também, que 12 dos sujeitos, ou seja 61,1% tinham mais de 50 anos.

Através da análise dos dados apresentados anteriormente pode verificar-se que a totalidade dos sujeitos é do género feminino.

Também foi possível verificar, que a habilitação académica mais frequente é o 9.º ano de escolaridade. Isto corresponde a 8 sujeitos, representando 44,4% da amostra. Neste sentido, importa também salientar que 13 sujeitos têm o 9.º ano de escolaridade ou mais, o que corresponde a 72,2% da amostra.

No que diz respeito ao estado civil, 9 sujeitos eram casados, 4 divorciados e 5 eram solteiros.

## 2.2 Caracterização dos aspetos relacionados com a atividade profissional

Seguidamente vão ser apresentados os dados que dizem respeito aos aspetos relacionados com a atividade profissional dos cuidadores formais.

Tabela 15- Caracterização Aspetos Relacionados com a Atividade Profissional

		Frequência	Percentagem (%)
<b>Formação para atividade profissional</b>	Sim	12	66,7
	Não	6	33,3
<b>Categoria Profissional</b>	Auxiliar de Ação Direta	12	66,7
	Cozinheira	3	16,7
	Encarregada de Serviços Gerais	1	5,6
	Fisioterapeuta	1	5,6
	Assistente Social	1	5,6
<b>Trabalha por Turnos</b>	Sim	9	50
	Não	9	50
<b>Grau de Satisfação com o Trabalho</b>	Razoável	10	55,6
	Bom	6	33,3
	Muito Bom	2	11,1

Na análise dos resultados dos aspetos relacionados com a atividade profissional, constatou-se que 12 dos 18 profissionais, tinham formação específica para desempenhar aquela atividade profissional. Neste caso, se excluirmos o técnico superior da área da saúde, (fisioterapeuta), salienta-se que, de 17 profissionais, 11 têm formação específica para cuidar de pessoas idosas. Importa referir neste contexto que apenas 33,3% da equipa (6 profissionais), não teve formação adequada às tarefas que desempenha.

Nesta amostra, verifica-se que a maior parte dos sujeitos, ou seja, 12 são auxiliares de ação direta, 3 cozinheiros, 1 encarregado de serviços gerais, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social.

No que diz respeito aos anos de trabalho na instituição, foi possível verificar que existe 1 sujeito que trabalha na ERPI há 3 meses, e outro que trabalha há 21 anos. A média de anos de trabalho na instituição foi de 9 anos e 5 meses, a mediana de 9 anos, e a moda de 15 anos, apresentando um desvio padrão de 5,91.

Foi também possível verificar que apenas metade da equipa, ou seja 9 sujeitos realizam trabalho por turnos.

No que diz respeito ao grau de satisfação com o trabalho nenhum dos sujeitos referiu que era mau. A maioria, 10 sujeitos referiu que era razoável, 6 que era bom e 2 que era muito bom.

### 2.3 Caracterização dos aspetos relacionados com a saúde mental dos cuidadores formais

Nesta secção, vão avaliar-se os antecedentes pessoais dos cuidadores formais admitidos a estudo. Vai verificar se os mesmos já tinham sido diagnosticados com ansiedade, ou depressão e caso a resposta fosse positiva, compreender se tinham sido ou não medicados para esse efeito. Nesta secção, tentou também perceber-se, se os mesmos tinham outros antecedentes pessoais.

**Tabela 16** - Caracterização dos Antecedentes Pessoais de Saúde Mental

		Frequência	Percentagem (%)
<b>Diagnóstico de Ansiedade</b>	Sim	3	16,7
	Não	15	83,3
<hr/>			
<b>Diagnóstico de Depressão</b>	Sim	3	16,7
	Não	15	83,3

Analisando os dados apresentados na tabela anterior, é possível constatar que apenas 3 sujeitos já tinham sido diagnosticados com ansiedade, sendo que, destes 3, apenas 2 tinham sido medicados para o efeito.

No que diz respeito ao diagnóstico de depressão, foi possível verificar que 3 dos sujeitos já tinham tido esse diagnóstico médico, sendo que neste caso, os 3 tinham sido medicados para a depressão.

De referir também, que nas respostas obtidas, 1 sujeito referiu ter varizes, 1 artrite reumatoide, 1 stresse e artroses, 1 diabetes, e 1 hipertensão e patologia da tiroide que não soube especificar qual. Salienta-se que o indivíduo com artrite reumatoide, foi um dos sujeitos com diagnóstico de ansiedade não medicado, e também com diagnóstico de depressão, neste caso medicado para esse efeito. De referir também que o sujeito com antecedentes pessoais de stresse, também já tinha sido diagnosticado com ansiedade, tendo sido medicado também para essa situação.

## 2.4 Apresentação dos resultados da aplicação da escala de stresse, ansiedade e depressão versão de 21 itens

Nesta parte do trabalho vão analisar-se os resultados da escala EAD-21 aplicada aos cuidadores formais.

**Tabela 17** - Resultados da Escala de Stresse, Ansiedade e Depressão de 21 itens

	Nível	Frequência	Percentagem (%)
<b>Stresse</b>	Normal	16	88,9
	Leve	2	11,1
<b>Ansiedade</b>	Normal	15	83,3
	Leve	1	5,6
	Moderada	2	11,1
<b>Depressão</b>	Normal	15	83,3
	Moderada	3	16,7

Através da aplicação da escala EAD-21, foi possível constatar que a maior parte dos cuidadores formais apresenta pontuações normais para o stresse, ansiedade e depressão, reveladoras de boa saúde mental. Foi possível verificar, que a maioria, ou seja, mais de 15 sujeitos tiveram pontuações normais, em todas as subescalas.

Assim, dos 18 sujeitos admitidos a estudo, e na subescala de stresse, 2 tiveram um *score* compatível com stresse leve e os restantes um *score* normal. No que diz respeito a esta subescala, foi possível constatar através da análise dos dados recolhidos ao longo da investigação, que os 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados anteriormente com ansiedade, e os 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados com depressão, tiveram níveis de stresse normais.

Na subescala de ansiedade, 1 sujeito teve um *score* compatível com ansiedade leve, e 2 sujeitos obtiveram um *score* compatível com ansiedade moderada. No que diz respeito a esta subescala, foi também possível verificar através da análise dos dados recolhidos, que dos 3 sujeitos que já tinham recebido o diagnóstico de ansiedade, 2 dos mesmos tiveram um *score* normal e o outro obteve um *score* de ansiedade moderada. Por outro lado, os 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados anteriormente com depressão, 2 tiveram um *score* normal nesta subescala e 1 dos sujeitos um *score* de ansiedade moderada.

No que diz respeito à subescala de depressão, 3 sujeitos tiveram um *score* compatível com depressão moderada, sendo que os restantes 15 sujeitos obtiveram um *score* normal. Do mesmo modo, os 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados anteriormente com ansiedade, 1 teve um nível depressão moderada e os outros um

nível normal. Os 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados anteriormente com depressão, 2 tiveram um nível de depressão moderada, e o outro um nível normal.

## 2.5 Apresentação dos resultados das perguntas sobre a saúde mental dos cuidadores formais e a pandemia de covid-19

Nesta parte do trabalho vão analisar-se as respostas das perguntas realizadas aos cuidadores formais sobre a pandemia de Covid-19 e o seu impacto na saúde mental.

**Tabela 18** - Respostas dos Cuidadores Formais sobre a Covid-19 e a Saúde Mental

Perguntas	Resposta	Frequência	Percentagem (%)
<b>P.1</b> A pandemia de Covid-19 foi responsável por perturbar a sua saúde mental?	Sim	6	33,3
	Não	12	66,6
<b>P.2</b> Considera que essa perturbação condicionou os cuidados prestados aos utentes?	Sim	4	66,7
	Não	2	33,3
<b>P.3</b> Em algum momento durante a pandemia de Covid-19, teve vontade em abandonar o seu trabalho como cuidador de pessoas idosas?	Sim	0	100
	Não	6	

Através da análise dos resultados apresentados na tabela anterior, foi possível verificar que dos 18 sujeitos, 6 referiram que a pandemia de Covid-19, foi responsável por perturbar a sua saúde mental. Nesse sentido, e a todos os que responderam positivamente na questão anterior, foi-lhes também colocada a seguinte questão: “Tendo respondido que sim na questão anterior diga porque considera que a pandemia de Covid-19 foi responsável por lhe ter provocado perturbações na sua saúde mental?”. As respostas a esta questão foram as seguintes:

Cuidador A – “Devido ao isolamento dos utentes e ao aumento das suas necessidades senti-me mais cansada, exausta e sem paciência. O facto de sair do trabalho nestas condições e ter que ficar fechada em casa foi horrível. O pico da pandemia foi o caos”.

Cuidador B – “O isolamento social despertou um enorme sentimento de solidão, vazio, tristeza, falta de energia, perda de interesse em realizar atividades que me dão prazer. Por vezes também pânico e revolta. Atualmente sinto-me muito mais ansiosa e insegura”.

Cuidador C – “Andei sempre nervosa, sempre preocupada com o futuro e com as coisas que poderiam acontecer, mas mais com os outros do que comigo mesma”.

Cuidador D – “Tive medo, medo e receio de apanhar o vírus, ou transmiti-lo. Lidar com a situação foi muito difícil, mas lutei para o melhor”

Cuidador E – “Porque tinha muito mais trabalho, ia para casa preocupada com as coisas, se as tinha feito bem ou não”.

Cuidador F – “A pandemia de Covid-19 contribuiu para um aumento do stresse diário, originando uma ansiedade nunca antes sentida, basicamente assente na incerteza do que nos esperava a cada dia e do medo constante de não conseguir proteger " os nossos" ”.

No que diz respeito à Pergunta 2, dos 6 sujeitos, que responderam que a pandemia afetou a sua saúde mental, 4 referiram que essa perturbação condicionou os cuidados prestados aos utentes. Importa salientar que todos referiram que influenciou para melhor, ou seja, houve maior preocupação com os cuidados prestados às pessoas idosas.

Neste sentido, foi também interessante compreender que apesar das dificuldades sentidas, nenhum dos 6 sujeitos teve vontade em abandonar a sua atividade profissional durante a pandemia.

## **CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Através desta investigação, procurou dar-se resposta à questão inicial: Qual o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas numa ERPI de uma IPSS do interior da região centro e dos seus cuidadores formais?

Para tal foram criadas duas amostras, a das pessoas idosas e a dos cuidadores formais das pessoas idosas. Por uma questão de organização foram primeiramente discutidos os resultados da amostra das pessoas idosas seguindo-se a dos cuidadores formais.

### **1. Discussão dos dados referentes à amostra das pessoas idosas**

A amostra das pessoas idosas foi, constituída por 7 sujeitos. A média de idades dos mesmos foi de 83,1 anos, sendo que o sujeito mais novo tinha 66 anos e o mais velho 96 anos.

Destes, 5 eram do género feminino e 2 do género masculino, sendo que 5 eram viúvos, 1 era divorciado e apenas 1 era casado.

Em termos de escolaridade, é de salientar que apenas 1 dos sujeitos não sabia ler e escrever.

Cinco dos participantes tinham sido domésticas, 1 tinha sido tratorista e o outro pedreiro.

No que diz respeito ao motivo de entrada na instituição, 5 dos sujeitos, ou seja, a maioria, referem que se deveu a motivos de saúde, sendo que o tempo médio de institucionalização foi de 6 anos e 8 meses.

Assim, pode constatar-se que se trata de uma amostra, que à exceção da dispersão das idades é bastante homogénea.

Segundo Murphy, Doyle, McHugh e Mello (2022), os idosos institucionalizados em ERPI estão entre os mais afetados pela pandemia de Covid-19. Além do risco associado à infeção, também sofreram com o isolamento social, resultando comprovadamente com piores resultados em saúde mental. Webb (2020) refere ainda, que os confinamentos prolongados afetam negativamente a saúde mental dos idosos e causam sofrimento psicológico bem como diminuição da satisfação com a vida. Tal como os autores anteriores, salienta, que os que estão institucionalizados em ERPI estão em maior risco durante a pandemia de Covid-19 o que tem sido descrito como a "tempestade perfeita" para saúde mental dos idosos.

Também a OMS (2020) e Santini et al, (2020) alertaram que os riscos da pandemia de Covid-19 e os confinamentos realizados podem causar maior angústia e afastamento dos idosos, uma vez que esta população está em alto risco de transtornos como depressão e ansiedade, quando socialmente isolados. Assim, e apesar do confinamento ser um método crucial na luta contra Covid-19, o mesmo foi descrito como uma importante causa de isolamento social, que resulta em solidão, que é um fator de risco independente para depressão, transtornos de ansiedade e até suicídio em ambientes como como instituições de longa duração (Abbasi, 2020).

Além disto tudo, as condicionantes da saúde física que são comuns nas pessoas idosas também foram consideradas como fatores de risco para sofrimento psíquico durante a pandemia (Tyrrell & Williams, 2020).

No que diz respeito à prevalência da ansiedade da amostra em estudo, e através da aplicação do IAG constatou-se a presença de algum grau de ansiedade em 5 sujeitos. Destes, 2 sujeitos apresentavam níveis de ansiedade severa e 3 níveis de ansiedade ligeira. Ao ser analisada a idade dos sujeitos, foi possível verificar que apenas 1 dos 5 sujeitos tem menos de 85 anos de idade. Foi também verificado, que o sujeito que não sabia ler e escrever teve um *score* normal neste instrumento de recolha de dados. Constatou-se assim, que 71,4% da amostra, tem critérios para podermos identificar algum grau de ansiedade, no entanto segundo a análise realizada ao processo clínico dos utentes, não foi constatado nenhum caso de ansiedade medicamente previamente diagnosticada.

Quanto à prevalência da depressão, a aplicação da EDG permitiu constatar que 3 dos sujeitos tinham níveis de depressão ligeira, sendo que os restantes 4 sujeitos não tinham, segundo o referido instrumento de recolha de dados qualquer tipo de depressão. Ao ser analisada a idade dos sujeitos, foi também possível verificar que apenas 1 dos 3 sujeitos tem menos de 85 anos de idade. Também neste caso, foi constatado, que o sujeito que não sabia ler e escrever teve um *score* normal na EDG, o que sugere que neste estudo que o grau de escolaridade não interferiu com níveis alterados de ansiedade e depressão. Também aqui, e depois de analisado o processo clínico dos utentes importa referir que dos 3 sujeitos com critérios de depressão na EDG, apenas 1 tinha sido anteriormente diagnosticado pelo médico com essa patologia.

Tradicionalmente, as pessoas idosas que vivem em instituições de longa duração apresentam maior ansiedade do que aqueles que não vivem, sendo que a própria institucionalização poderá ocorrer como resultado de problemas físicos ou mentais (Azaiza, Ron, Shoham & Gagine, 2010). A maior longevidade dos residentes das ERPI também está associada ao aumento da morbilidade provocada por problemas de saúde física e mental. Por outro lado, maior satisfação com a vida está associada a menor solidão e melhor bem-estar. Assim, a solidão está relacionada com a vida sozinhos e com depressão, podendo ser percecionados com mais frequência por

idosos que vivem em instituições de longa duração do que por aqueles que vivem nas suas próprias casas (Özmen, Özkan, Özer & Yanardag, 2021).

Arpacioglu et al, (2021) referem no seu estudo que comparou a saúde mental de 133 sujeitos que durante a pandemia de Covid-19 residiam em *Nursing Homes* com aqueles que residiam em casa, e constataram que os primeiros apresentam maiores níveis de ansiedade que os segundos. No mesmo estudo, tais autores verificaram ainda que a comparação em relação à idade indicou que a ansiedade e a depressão, era significativamente maior em indivíduos com mais de 80 anos sendo esses resultados consistentes com os da literatura, tal como também se verificou neste estudo.

Após a análise destes dois indicadores de saúde mental, ansiedade e depressão, foi possível verificar que no primeiro caso, uma percentagem importante da amostra apresentava critérios de ansiedade. Além disso, e atendendo à reduzida dimensão da amostra, foi perturbador verificar que em 7 sujeitos, 2 dos mesmos apresentam critérios de ansiedade severa, o que indica um elevado grau de sofrimento emocional numa percentagem considerável de sujeitos. Por outro lado, foi também perturbador verificar que esta situação nunca antes tinha sido identificada pelos profissionais de saúde da ERPI, o que de certa forma pode querer indicar que essa situação tenha passado despercebida, ou então não sendo esse o caso, e caso tenha sido identificada tal situação, a mesma não tenha sido registada no processo clínico dos sujeitos.

No que diz respeito à depressão, a situação é semelhante, no entanto, menos expressiva em termos percentuais. Foi possível verificar que 42,9% dos sujeitos tinham segundo o referido instrumento de recolha de dados, critérios para o diagnóstico de depressão, neste caso, depressão ligeira. No entanto, e mais uma vez, apenas 1 destes sujeitos, tinha no seu processo clínico o diagnóstico médico de depressão, o que levanta mais uma vez as mesmas questões. As perturbações de saúde mental, neste caso ansiedade e depressão estão a ser devidamente identificadas na ERPI daquela IPSS? Se estão a ser devidamente identificadas, porque não constam esses registos no processo clínico dos sujeitos?

A ansiedade, uma perturbação da saúde mental que pode estar presente ao longo do ciclo vital, e como tal, também na velhice, reveste-se de sintomas, tais como o medo, a tensão excessiva e a instabilidade emocional, sendo comuns especialmente entre mulheres idosas com funcionamento psicossocial pobre, com menos habilidades pessoais e com maior necessidade de suporte emocional. Indivíduos com ansiedade tendem a experimentar emoções negativas de forma incontrolável e muitas vezes faltam habilidades necessárias para as gerir (Carl, Soskin, Kerns & Barlow, 2013).

Por sua vez, e embora não seja uma decorrência natural do envelhecimento, a depressão é um dos transtornos mentais mais comuns nas pessoas idosas. As alterações neuropáticas e os fatores sociais predominam como causa dos distúrbios depressivos de início tardio. As experiências de vida e o contexto ambiental nos quais

se inserem os eventos de vida negativos e traumáticos, as perdas, a doença física, o aumento da dependência, o suporte social inadequado e o isolamento social constituem os principais fatores psicossociais de risco na etiopatogenia dos transtornos depressivos nas pessoas idosas (Marinho, 2007).

Os idosos com depressão, são pessoas que carecem de cuidados, particularmente quando a mesma é identificada pela primeira vez na terceira idade. Além disso, há casos em que os estados depressivos passam despercebidos e, conseqüentemente, não tratados. Tal situação, de extrema importância é bastante complexa, uma vez que compromete a saúde do idoso em intensidade relevante, ao ponto de poder provocar um aumento da mortalidade por essa causa nessa faixa etária (Ruipérez & Llorente, 2002).

A combinação entre ansiedade e depressão em idosos associa-se ao agravamento do sofrimento físico advindo de condições clínicas, ao risco de comprometimento funcional e a maior sofrimento psíquico (Stella, 2007).

Exposto isto, é possível compreender que estes dois fenômenos, a ansiedade e a depressão podem efetivamente passar despercebidos, aos profissionais de saúde, uma vez que muitas vezes são “camuflados” e confundidos com sintomas de outras patologias mentais, mas também, porque tradicionalmente pode dizer-se que o ser humano está mais desperto para o que se vê, ou seja, para o sinal, e para a queixa física e explícita da pessoa idosa.

Nesse sentido, foi possível verificar, através da análise realizada anteriormente que existem efetivamente casos sugestivos de perturbação da saúde mental, neste caso ansiedade e depressão nas pessoas idosas da ERPI daquela IPSS sendo que importa salientar que tais casos passam, ou têm passado até ao momento despercebidos aos olhos dos profissionais de saúde, ou então, não passando em claro, estes não ficam registados no processo clínico dos idosos.

Fez parte desta investigação a realização de uma entrevista às pessoas idosas. As entrevistas, que foram analisadas anteriormente permitiram chegar a algumas conclusões interessantes, que vão atestar e reforçar aos resultados obtidos com o IAG e a EDG.

Foi possível verificar com a realização das entrevistas, que todos os 7 sujeitos entrevistados sabiam o que era a Covid-19, no entanto, nem todos sabiam que por terem mais de 65 anos, tinham risco acrescido de desenvolverem complicações graves associadas à doença. Com as respostas dadas pelos sujeitos foi possível perceber que ao longo do tempo, as pessoas idosas foram reconhecendo a Covid-19 como uma doença, no entanto, ao não entenderem que por terem mais de 65 anos estavam mais expostas a desenvolver conseqüências graves associadas á mesma, permite aferir que não compreendiam a doença na totalidade e as conseqüências que a mesma pode ter para a saúde dos mais idosos. Este aspeto é um aspeto importante, uma vez que para se compreenderem as medidas que foram tomadas, nomeadamente

o isolamento social, a restrição de visitas, a quarentena, entre outras torna-se necessário compreender que se está num grupo de risco, e que nesse sentido as medidas que são tomadas têm carácter protetor da saúde e não punitivas, ou restritivas por qualquer outra ordem ou motivo.

Por outro lado, o facto de não compreenderem que pertencem a um grupo de risco, pode ter aqui algum efeito protetor da saúde mental, uma vez que tal como refere Satici, Gocet-Tekin, Deniz, e Satici (2021) o medo da Covid-19 associado a outras doenças está ligado a um maior sofrimento psicológico e à diminuição da satisfação com a vida por parte dos idosos.

O Assunto II das entrevistas estava relacionado com a «Identificação das alterações à rotina diária durante a pandemia» e com a “Identificação das atividades que não foram realizadas devido à pandemia”.

No que diz respeito à primeira pergunta, «Identificação das alterações à rotina diária durante a pandemia» salienta-se o facto de os idosos não terem sentido alterações muito significativas no que diz respeito à rotina diária na instituição. Um idoso inclusive referiu que “toma a mesma medicação”, dando a entender que os sujeitos idosos associam a rotina diária, à toma da terapêutica, aos cuidados de higiene, à hora das refeições e nesse sentido, como não se verificaram alterações nesses cuidados, os sujeitos não identificaram alterações à rotina diária. Por outro lado, também se pode aferir através das respostas dadas que as atividades na instituição seriam de certa forma sempre as mesmas, rotineiras e como não sofreram alterações não foram sentidas.

No entanto, existiu um sujeito que teve uma perceção muito diferente dos outros todos. Tal sujeito, refere entre outras coisas que a pandemia “lhe estragou a vida”, uma vez que a sua recuperação física, e possível ida para o domicílio estava dependente de um tratamento que teria que ser feito em ambulatório, e devido ao confinamento ficou impossibilitado de o realizar.

Assim, as respostas dadas, levam a entender que para a maioria dos sujeitos, em termos de rotina diária ficou tudo “mais ou menos na mesma”. Por outro lado, foi possível verificar através do plano de contingência da instituição que se verificaram um inúmero de mudanças organizacionais no seio da instituição. No entanto, tais mudanças operacionais na organização não tiveram um impacto significativo verdadeiramente sentido nas pessoas idosas, a julgar pelas repostas dadas. Neste sentido, e fazendo uso das respostas dos sujeitos, pode entender-se que os sujeitos associam a rotina da instituição a atividades como a alimentação, a toma da terapêutica entre outras de carácter imprescindível, habitual e individual, que segundo os mesmos não sofreram qualquer alteração.

Foi também possível observar que apesar de no geral não terem sentido grandes alterações, os mesmos referiram sentimentos de desânimo, medo de ir à rua entre

outros, o que revela que apesar de em termos de atividades serem “ mais ou menos as mesmas”, isso deixou alguma marca no bem-estar emocional dos idosos.

No que concerne à pergunta «Identificação das atividades que não foram realizadas devido à pandemia», 3 dos 7 sujeitos referem que as atividades realizadas não sofreram alterações devido à pandemia. Como foi dito anteriormente, as pessoas idosas associam as atividades à rotina diária na instituição, sendo que tal, também nos pode levar a deduzir que em normal funcionamento não haverá um conjunto alargado de atividades realizadas com os sujeitos, pelo menos em grupo, ou em conjunto.

Por outro lado, aqueles sujeitos que tinham uma vida social mais dinâmica e mais ativa, ou com outras perspetivas de vida efetivamente referiram algumas mudanças. Salientam-se a impossibilidade de viajar, a impossibilidade de realização de tratamentos em ambulatório e com isso poder ir para casa. Importa salientar neste caso, este sujeito em concreto apresenta um desânimo bastante acentuado na sua resposta, referindo inclusive que “não faz nada de valor”. Tal coaduna-se com o estudo levado a cabo por Arpacioğlu et al, (2021) referindo que muitas das atividades sociais foram canceladas.

Tal como consta no plano de contingência da instituição, quando um sujeito tinha que se ausentar da ERPI, no regresso à instituição tinha que cumprir um período de isolamento de 14 dias. Neste caso, existiu um sujeito, que devido a um problema de saúde teve que recorrer inúmeras vezes ao hospital, o que implicou várias vezes ter que cumprir isolamento e com isso viu-se impossibilitado de conviver com os outros idosos.

Assim, foi possível verificar através das respostas dadas pelos sujeitos que a pandemia teve impacto nas aspirações e nas atividades de 4 dos 7 sujeitos, sendo que essas atividades não foram tanto de carácter geral, mas sim se índole mais pessoal.

No Assunto III e ao analisar a pergunta «descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante o isolamento social», apenas um sujeito não referiu situações difíceis de gerir.

O envolvimento social pode ser entendido como a participação em atividades que envolvem interações entre pessoas. No caso do envelhecimento, esse envolvimento social pode ser em atividades físicas, lúdicas, socialização com a comunidade e serviços religiosos. Essas conexões promovem o sentido de propósito na vida, encorajam comportamentos positivos em relação à saúde e estão associadas ao envelhecimento bem-sucedido. Altos níveis de envolvimento social têm efeito protetor sobre as limitações físicas e cognitivas (Thomas, 2010). Pode assim dizer-se, que o envolvimento social protege os idosos contra perturbações da sua saúde mental, sendo as redes sociais, importantes recursos para a promoção da saúde mental na velhice.

Por sua vez, a experiência de isolamento social pode interferir nas interações positivas e forçar a pessoa idosa a envolver-se mais em trocas negativas, o que perturba o seu bem-estar (Sherman, Skrzypek, Bell, Tatum & Paskett, 2011). A restrição do idoso ao ambiente considerado doméstico, ou institucional tem efeitos negativos para a saúde física e mental, bem como para o envolvimento social, podendo gerar sentimentos de solidão e desânimo (Neri & Vieira, 2013).

Assim, apesar de os idosos não terem sentido alterações na rotina diária na instituição, a verdade é que nesta pergunta foi possível compreender que o confinamento acabou por ter impacto naquilo que acontecia no interior da ERPI, e no seu exterior, ou seja nas interações sociais, internas e externas. Foi possível verificar através das respostas, que as situações mais difíceis de gerir foram o confinamento na ERPI e no quarto, a privação de ver a família e de realizar atividades de lazer, como passear.

No seu estudo envolvendo 10 pessoas idosas que viviam em instalações de longa duração, tal como as ERPI Murphy, Doyle, McHugh e Mello (2022), referiram que as restrições de saúde pública impediram os idosos de deixar a instituição, sendo que estes sentiram falta de prazeres simples, como “ir à Igreja ao domingo”. Na presente investigação estranhou-se o facto de nenhum sujeito ter referido motivos religiosos, no entanto é sabido que atualmente vários canais de televisão difundem pelo menos uma vez por semana cerimónias religiosas, o que de certa forma pode ter contribuído para atenuar essa situação. Também foi interessante constatar, que o facto de nunca terem faltado bens essenciais aos sujeitos não foi esquecido, sendo mesmo valorizado, o que revela que os idosos estabelecem prioridades e foram conseguindo apesar do “choque” sentido mentalizar-se acerca da situação e assimilando-a positivamente.

No Assunto IV e no que concerne à pergunta «Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento geral» foi interessante verificar alguns termos utilizados pelos sujeitos como “ fechado no quarto”, “presa” para se referir ao confinamento, o que revela que tal situação tenha sido sentida como imposta, sem escolha. Tais termos, levantam uma questão fundamental. Foi explicado o porquê do isolamento? Tao ou mais importante que essa questão, é perceber se as pessoas idosas compreenderam o porquê do isolamento.

Isto remete-nos novamente à primeira parte da entrevista, em que se ficou a perceber que alguns idosos não compreendiam que faziam parte do grupo de risco.

Os idosos recordam o momento como difícil, sendo vivido com tristeza, valorizando pela negativa o facto de não poderem estar em comunidade na ERPI. Por outro lado, também foi possível constatar que o facto de não ter sido um isolamento pessoal e poder estar com os companheiros de quarto contribuiu para amenizar a situação. Também Murphy, Doyle, McHugh e Mello (2022), identificaram na sua investigação que os sujeitos valorizam o facto de estarem em comunidade, referindo que o facto de estarem todos juntos contribui para combater e minimizar a solidão.

Urry e Gross (2010) referem ainda que os idosos são mais resilientes uma vez que aperfeiçoaram múltiplas estratégias de *coping* e otimismo contra eventos estressantes apresentando também níveis mais baixos de sofrimento psicológico. Assim, estes poderiam manter o seu bem-estar selecionando e otimizando processos particulares de regulação emocional para compensar eventos estressantes (MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard & Wicker, 2016).

Por sua vez, ao ser analisado o Assunto V e o impacto que o confinamento pessoal de 14 dias teve nos sujeitos que passaram por tal situação, deixou um impacto diferente do que foi referido anteriormente. Assim, no diz respeito à pergunta «Descrição da situação/situações que foram mais difíceis durante os 14 dias de confinamento pessoal», apenas um sujeito não esteve nessa situação e apenas um outro viveu essa situação com tranquilidade não lhe causando um impacto negativo significativo.

Todos os outros sujeitos referiram que lhes custou estar fechados, que choraram muito, pelo facto de terem sido muitas vezes, de não poderem ver ninguém, referindo inclusive que foi a pior coisa que lhes podia ter acontecido. Neste caso, e “olhando para trás” é possível ver que sujeitos que tinham vivido o confinamento geral de forma tranquila, sentiram nesta vez bastante mais “ansiedade e mal-estar” pelo facto de estarem sozinho e privados da companhia dos seus pares.

O Assunto VI aborda os sentimentos durante o tempo de pandemia e está subdividida em várias perguntas.

No que diz respeito à pergunta «Identificação de momentos de ansiedade», 6 dos 7 sujeitos referiram ter andado mais ansiosos durante o confinamento. Essa ansiedade estava relacionada com os elevados números de mortos, medo de que a família pudesse ser infetada, medo de ser infetado, e pelo facto de terem cumprido 14 dias de confinamento pessoal. Por sua vez, o outro sujeito, referiu que como não gosta de ver notícias não se apercebia do que estava a acontecer fora da ERPI, sendo que com o que vivia no interior da instituição não lhe provocava sentimentos de ansiedade.

No que diz respeito à pergunta «Identificação de momentos de medo», 3 sujeitos referiram ter tido medo. Medo do desconhecido e de serem infetados. Os restantes referiram também preocupação com a situação, mas medo propriamente dito não. De salientar a resposta de alguns sujeitos, que valorizam o trabalho e depositavam confiança na diretora técnica na gestão de toda a situação. Murphy, Doyle, McHugh e Mello (2022), referem na sua investigação que tal como na atual, os cuidadores foram percebidos como protetores, sendo que esses sujeitos expressaram gratidão, vendo fortalecido o seu vínculo com a equipa de cuidadores formais. Além disso, os mesmos autores referem que relacionamentos positivos entre os idosos os cuidadores podem ser também uma fonte de conforto.

Por sua vez na pergunta «Descrição das implicações de não ver a família», um sujeito referiu que isso não teve importância, visto não ver a família há algum tempo.

No entanto, foi possível verificar através das respostas dadas nas entrevistas que o confinamento e a proibição das visitas foi um momento difícil para a maioria dos sujeitos, sendo que estratégias como a utilização dos telemóveis ajudaram a minimizar o impacto da falta de contato físico. Monin et al, (2020) referem que é importante para as pessoas idosas comunicar regularmente com as famílias. Para estes autores as telecomunicações foram sugeridas como uma importante alternativa para proporcionar o contato entre os idosos que vivem em ERPI e suas famílias, apresentando potencial para melhorar o bem-estar emocional tal como também se verificou neste estudo.

No entanto, e apesar das estratégias utilizadas Donovan e Blazer (2020) referem que interação social é fundamental para o bem-estar dos residentes da ERPI, sendo que a falta de visitas pode intensificar a solidão, fator de risco para morte prematura, declínio cognitivo e depressão. Também Murphy, Doyle, McHugh e Mello (2022), constataram através da sua investigação que os sujeitos do seu estudo entendiam a suspensão das visitas como uma imposição dolorosa, causando solidão e isolamento. No entanto, tal como na presente investigação, também os sujeitos da investigação levada a cabo pelos autores anteriores aceitaram a suspensão das visitas, entendendo que essas medidas foram tomadas para sua proteção.

No que diz respeito à pergunta «Identificação de sentimentos de tristeza», foi possível verificar que 4 dos 7 sujeitos referiram sentimentos de tristeza associados à pandemia pelos motivos que foram sendo referidos ao longo da entrevista.

A última pergunta do Assunto VI dizia respeito à terapêutica antidepressiva, nomeadamente, se durante a pandemia algum dos sujeitos tinha iniciado terapêutica antidepressiva.

Segundo Abbasi (2020), o isolamento social provocado pela pandemia de Covid-19 também alimentou outro alarmante cenário em ERPI, verificando-se uma intenção crescente em prescrever mais antidepressivos, antipsicóticos ou ansiolíticos. Os motivos para essa tendência devem-se a idosos que se encontram mais apáticos e outros que por apresentarem comportamentos novos e disruptivos necessitam de controlar esses sintomas.

Através das respostas obtidas, foi possível verificar que nenhum dos sujeitos referiu ter iniciado terapêutica antidepressiva no decorrer da pandemia de Covid-19, o que contrasta com o referido pelo autor anterior. Esta situação, que foi confirmada através da consulta dos processos clínicos dos utentes, levanta mais uma vez alguns aspetos que necessitam de esclarecimento.

Em primeiro lugar, foi possível ver através da aplicação do EDG que pelo menos três sujeitos tinham *scores* compatíveis com depressão, sendo que apenas um dos mesmos tinha tal patologia diagnosticada e estava medicado para esse efeito. Assim, mais uma vez são levantadas algumas questões. O facto de nenhum dos idosos ter iniciado terapêutica antidepressiva, pode indicar, que esta situação tenha passado

despercebida. Levanta-se ainda a hipótese que mesmo que não tenha passado despercebida, tenha sido critério clínico não medicar para esse efeito.

Por outro lado, a EDG não substitui o juízo clínico do médico especialista em saúde mental, servindo como meio complementar para auxiliar a identificar sintomas compatíveis com depressão. Nesse sentido, o facto de nenhum dos sujeitos ter iniciado terapêutica antidepressiva pode simplesmente poder ser explicado pelo facto de nenhum dos sujeitos ter desenvolvido depressão no decurso da pandemia.

Neste sentido, cabe ao investigador, fazer a sua apreciação sob esta questão, Atendendo aos resultados da EDG, do IAG, bem como das entrevistas realizadas, é possível constatar que alguns dos sujeitos apresentam perturbações da sua saúde mental. Não se pode negligenciar que 7 em 5 sujeitos tiveram critérios de ansiedade 3 em 7 sujeitos tinham níveis de depressão presentes. Este facto deve ser realçado, pois esta situação tem passado despercebida e nesse sentido camuflada, não tratada continuando a perpetuar os seus efeitos negativos no bem-estar mental dos sujeitos entrevistados. Além disto, as respostas de alguns sujeitos nas entrevistas evidenciam claramente pessoas idosas, desanimadas, tristes que recusam inclusive qualquer sentido de vida, referindo perentoriamente que “ não faço nada de valor a não ser comer e dormir”.

O último Assunto dizia respeito ao futuro, nomeadamente à «Identificação de sentimentos de esperança», sendo que existem vários tipos de respostas, o que de certa forma revela muito sobre o sujeito em si, mas também sobre a sua personalidade, a forma como viveu a sua vida e como encara as adversidades.

Foi possível observar através das repostas dadas pelos sujeitos que existem incertezas no que ao futuro diz respeito. Uns sujeitos comparam a situação vivida ao “fim do mundo”, algo que se ouve desde sempre. Outros referem-se à ineficácia dos tratamentos, e a falta de adesão das pessoas aos mesmos, sendo que outros aceitam a situação conformando-se com as coisas que vão surgindo.

Não deve ser esquecido que também existiu um sujeito que partilha a opinião de muitas pessoas por este mundo fora, ou seja, atribui a pandemia à mão humana, percebendo-se pela sua reposta que este considera que foi algo intencional.

Assim, através das repostas obtidas, verificou-se que os sujeitos apresentavam alguma incerteza nas respostas dadas, sendo que apenas 3 dos 7 sujeitos referem de forma perentória ter esperança no futuro.

Pelas respostas das pessoas entrevistadas podemos constatar que cada sujeito atribuiu um significado pessoal sobre o que significa para si a pandemia e sobre as repercussões que a mesma teve na sua vida pessoal e familiar. Foi também possível verificar, que todos os sujeitos entrevistados, referiram apenas aspetos negativos relacionados com a pandemia, sendo que nenhum aspeto positivo foi identificado pelos sujeitos ao longo do procedimento de recolha de dados.

Constatou-se que alguns sujeitos apresentavam *scores* alterados nos instrumentos de recolha de dados, sendo que esse facto não pode ser descurado. Em 7 sujeitos, 3 dos mesmos apresentavam *scores* nas escalas compatíveis com sofrimento emocional, sendo que impõem-se medidas de atuação imediata em pelo menos estes 3 sujeitos. Nos restantes, e atendendo às respostas obtidas nas entrevistas, também é fundamental auscultar as suas preocupações e procurar ir ao encontro das suas necessidades. Foi possível verificar através das respostas dadas, que estes sujeitos andaram mais ansiosos, que os confinamentos tiveram impacto no seu bem-estar global, sendo que sentimentos de tristeza, desânimo foram verbalizados por grande parte das pessoas idosas. Ainda neste sentido, importa referir, que a perspetiva sobre o futuro, na opinião destes sujeitos ainda não é muito animadora.

Exposto tudo isto, foi possível verificar que a pandemia de Covid-19 influenciou de forma negativa a saúde mental das pessoas idosas da ERPI daquela IPSS. Esta influência negativa, e segundos os resultados obtidos foi bastante sentida no pico da pandemia, sendo que alguns efeitos negativos ainda se fazem sentir. Contribuíram para tal, o isolamento pessoal de 14 dias imposto aos sujeitos nas situações previstas no plano de contingência da instituição, e a impossibilidade de verem a família desencadeando sentimentos de ansiedade, desânimo e tristeza. E o que não foi identificado? O que não é reconhecido? Qual o impacto dos sentimentos de tristeza, ansiedade e desânimo perpetuados por meses a fio na saúde mental das pessoas idosas? As respostas estão nos dados obtidos, e discutidos sendo que, urge intervir de forma a minimizar impactos ainda mais negativos.

## 2. Discussão dos dados referentes à amostra dos cuidadores formais

Aceitaram participar neste estudo, 18 cuidadores formais. A média de idades foi de 52,2 anos, o indivíduo mais novo tinha 29 e o mais velho 66, sendo que mais de 61,1% dos sujeitos tem mais de 50 anos.

Todos os sujeitos eram do género feminino, sendo que 9 eram casados, 4 divorciados e 5 eram solteiros.

A habilitação académica mais frequente é o 9.º ano de escolaridade, sendo que 13 sujeitos tinham o 9.º ano de escolaridade ou mais, o que corresponde a mais de 72,2% da amostra.

66,7% tinha formação específica para desempenhar aquela atividade profissional. No entanto, se for excluído o único técnico superior da área da saúde, ou seja, o fisioterapeuta, de 17 profissionais, 6 não têm formação específica para cuidar de pessoas idosas. Neste caso, importa também referir que destes 6 sujeitos que não têm formação, 4 trabalham na instituição há menos de quatro anos, 1 trabalha há onze e o

outro há dezoito anos. Importa referir ainda, que destes 6 sujeitos, 5 são auxiliares de ação direta, e o outro é cozinheiro.

Nesta amostra, verifica-se que 12 sujeitos são auxiliares de ação direta, 3 cozinheiros, 1 encarregado de serviços gerais, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. Foi também possível verificar que 50% da equipa realiza trabalho por turnos, sendo que neste caso todos são auxiliares de ação direta.

No que diz respeito aos anos de trabalho na instituição, existe um sujeito que trabalha na instituição há 3 meses, e outro que trabalha há 21 anos. A média de anos de trabalho na instituição foi de 9 anos e 5 meses, a mediana de 9 anos, e a moda de 15 anos.

No que diz respeito ao grau de satisfação com o trabalho a maioria, ou seja 10 sujeitos, referiram que era razoável, 6 que era bom e 2 que era muito bom.

Assim, podemos constatar, que alguns dados recolhidos estão em linha com a revisão bibliográfica realizada. Segundo Ferreira (2012), os cuidadores formais são tendencialmente do género feminino, o que se reflete na amostra deste estudo.

Foi interessante verificar nesta amostra, que apesar de mais de 61,1% dos sujeitos ter mais de 50 anos, 72,% tinha o 9º ano de escolaridade ou mais, o que revela um conjunto expressivo de cuidadores formais com um grau de escolaridade significativo.

Por outro lado, e segundo Smith, Kerse e Parsons (2005) os cuidadores formais de pessoas idosas são profissionais sem as qualificações necessárias, o que de certa forma tal facto também se reflete na amostra desta investigação, uma vez que cerca de 35,3% dos sujeitos (excluídos os técnicos superiores da área da saúde) não teve formação para cuidar de pessoas idosas. Ao ser analisado o tempo de trabalho na instituição, foi possível constatar que ao fim de quatro anos de trabalho, em 6 cuidadores formais, apenas 2 tinham tido qualquer tipo de formação específica para prestar cuidados a pessoas idosas, ou seja, a pessoas na maior parte dos casos em situações de vulnerabilidade. Além disso, e mais alarmante foi verificar que existiam cuidadores com 12 e 18 anos de atividade que nunca tinham tido qualquer tipo de formação para cuidar de pessoas idosas.

Ao serem analisados os dados da aplicação da escala EAD-21, verificou-se que a maior parte dos cuidadores formais apresenta boa saúde mental uma vez que 15 dos sujeitos tiveram pontuações normais, em todas as subescalas.

Assim, dos 18 sujeitos admitidos a estudo, e na subescala de stresse, apenas 2 sujeitos apresentavam *scores* compatíveis com stresse leve.

Na subescala de ansiedade, 1 sujeito teve um *score* compatível com ansiedade leve, e 2 sujeitos obtiveram um *score* de ansiedade moderada. Na análise dos dados relativos a esta subescala, foi possível verificar que dos 3 sujeitos a quem tinha sido

diagnosticado ansiedade, 1 dos mesmos teve um *score* de ansiedade moderada e os outros 2 obtiveram um *score* normal.

No que diz respeito à subescala de depressão, 3 sujeitos tiveram um *score* compatível com depressão moderada, sendo que os restantes 15 sujeitos obtiveram um *score* normal. Dos 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados anteriormente com depressão, 2 tiveram um *score* de depressão moderada, e o outro um *score* normal.

Ao serem analisados os resultados apresentados anteriormente, pode verificar-se que os mesmos não estão totalmente de acordo com a revisão da literatura realizada. A título de exemplo, um estudo com 1.257 profissionais de saúde identificou uma proporção considerável dos mesmos com sintomas de depressão, ansiedade, insónia e angústia (Teixeira et al., 2020). No entanto, vários fatores podem influenciar os resultados do estudo referido, e os da presente investigação, sendo que um dos fatores pode residir na população alvo. Enquanto que, o primeiro estudo foi dirigido a profissionais de saúde do meio hospitalar, esta investigação está dirigida a cuidadores formais de ERPI, o que pode levantar outra questão: Será que os profissionais de saúde do meio hospitalar apresentam pior saúde mental relacionada com a pandemia, que os cuidadores formais de pessoas idosas das ERPI?

Por outro lado, existe um outro aspeto que merece ser referido. A escala de autorresposta EAD-21 reporta à situação sentida pelos sujeitos na última semana, sendo que os estudos que foram apresentados durante a pesquisa bibliográfica dizem respeito à fase crítica da pandemia. Ou seja, os estudos refletem sentimentos durante a pandemia, sendo que apesar de ainda estarmos em período pandémico, as respostas dadas nesta investigação refletem sentimentos sentidos numa fase em que a pandemia se encontrava mais controlada. Outro aspeto que merece consideração, e atendendo aquilo que foi referido sobre a escala, existiram 3 sujeitos que nas duas semanas que antecederam a aplicação dos instrumentos de recolha de dados estiveram de férias, o que pode ter aqui alguma influência nas respostas obtidas.

Um outro fator que poderia ter tido em consideração, seria a incapacidade em responder corretamente à escala por parte dos sujeitos. No entanto, como foi observado nos dados apresentados anteriormente, a maior parte dos sujeitos tem o 9º ano de escolaridade, ou mais. Além disso, apesar da escala ser de autorresposta, o investigador teve sempre disponível no mesmo espaço físico para esclarecer qualquer dúvida, sendo que mesmo antes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi dada uma explicação sobre a forma de responder aos mesmos. Assim sendo, e apesar de esta situação poder ter algum impacto nas respostas dadas, esta situação parece ter pouca relevância, apesar de não poder ser excluída.

Apesar de todos os instrumentos de recolha de dados serem anónimos e confidenciais, e de tal situação ter sido explicada a todos os sujeitos, podem haver situações em que os mesmos possam não querer expor aspetos da sua saúde mental e nesse sentido, terem enviesado algumas respostas.

No entanto, e apesar destes dados não estarem totalmente de acordo com a revisão bibliográfica, não significa que não estejam corretos e não correspondam à verdade. Realizar investigação é isto mesmo.

Analisando os dados, é pertinente afirmar mais uma vez, que os cuidadores formais apresentavam na semana que antecedeu a aplicação da escala EAD-21 boa saúde mental no geral. No entanto, e após uma análise mais detalhada dos dados, uma outra conclusão merece atenção. Dos 3 sujeitos que tinham sido diagnosticados com depressão, e apesar de estarem medicados para esse efeito, a verdade é que 2 deles tiveram níveis de depressão moderada e um deles, teve também um nível de ansiedade moderada. Tal resultado, revela que muito provavelmente a depressão daqueles dois cuidadores em particular não está controlada, o que revela uma perturbação evidente da sua saúde mental.

Após a aplicação da referida escala, foram realizadas ainda um conjunto de questões aos cuidadores formais. Também essas questões foram respondidas individualmente e sem a presença do investigador, não obstante ter sido explicado previamente o procedimento.

A primeira questão foi “Considera que a pandemia de Covid-19 foi responsável por perturbar a sua saúde mental?”. A esta questão, 6 dos 18 sujeitos referiram que a pandemia de Covid-19, foi responsável por perturbar a sua saúde mental. Da análise dos dados, foi possível constatar que dos 6 sujeitos que responderam afirmativamente a esta questão, 4 tiveram pelo menos um *score* alterado nas subescalas da EAD-21, ou seja, 4 tiveram níveis compatíveis com stresse, ansiedade ou depressão na última semana antes da aplicação da escala. Assim, foi interessante verificar também, que apesar de terem existido 2 sujeitos a afirmar que a pandemia de Covid-19 perturbou a sua saúde mental, a verdade é que segundo as respostas dadas à EAD-21, tal situação não se reflete atualmente na sua saúde mental, o que pode significar que esta situação tenha sido ultrapassada e eficientemente resolvida.

Importa também referir que dos 6 sujeitos que responderam afirmativamente à questão anterior, 2 tinham sido diagnosticados com ansiedade e com depressão, concomitantemente, sendo que os outros 4, nunca tinham tido este tipo de diagnóstico médico. Interessante verificar também, que o 3º sujeito com diagnóstico médico de ansiedade, respondeu negativamente à questão e teve sempre *scores* normais na escala EAD-21, sendo que o 3º sujeito com diagnóstico médico de depressão, referiu que a pandemia de Covid-19 não perturbou a sua saúde mental, mas obteve na subescala de depressão da escala EAD-21 *score* compatível com depressão moderada.

A este respeito importa ainda tecer mais uma consideração. Através dos resultados obtidos, foi também possível verificar, que todos os técnicos superiores consideraram que a pandemia de Covid-19 perturbou a sua saúde mental, sendo que nenhum dos referidos técnicos tinha antecedentes pessoais de perturbação mental, ou seja ansiedade ou depressão medicamente diagnosticada. Importa também referir

que no que diz respeito aos *scores* da escala EADS-21 um desses técnicos superiores teve um *score* compatível com stresse leve.

De forma resumida pode dizer-se que:

- 6 sujeitos referiram que a pandemia de Covid-19 perturbou a sua saúde mental;
- Os 2 técnicos superiores, referiram que a pandemia de Covid-19 perturbou a sua saúde mental;
- Nenhum dos técnicos superiores tinha antecedentes de perturbações da saúde mental, sendo que 1 dos mesmos apresentou um nível de stresse leve;
- 4 dos 6 sujeitos que respondeu que a pandemia de Covid-19 perturbou a sua saúde mental, tiveram scores alterados na escala EAD-21;
- 2 dos 6 sujeitos que respondeu que a pandemia de Covid-19, perturbou a sua saúde mental, tinham um diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão;
- Apenas 1 dos sujeitos com antecedentes pessoais de depressão referiu que a pandemia de Covid-19 não foi responsável por perturbar a sua saúde mental;
- Apenas 1 dos sujeitos com antecedentes pessoais de ansiedade referiu que a pandemia de Covid-19 não foi responsável por perturbar a sua saúde mental.

Assim, pode dizer-se que a pandemia de Covid-19 influenciou de forma negativa a saúde mental dos cuidadores formais das pessoas idosas da ERPI daquela IPSS.

Tal pode afirmar-se uma vez que 33,3% dos cuidadores, revelou que a pandemia provocou alterações na sua saúde mental, tendo sido também possível observar que essa influência negativa se fez sentir mais naqueles cuidadores que já tinham algum tipo de antecedente pessoal. Admite-se tal situação, uma vez que de 3 sujeitos com antecedentes de ansiedade ou depressão, 2 referiram influência negativa na sua saúde mental associada à pandemia. No entanto, não é de excluir e admite-se inclusive, que tais perturbações pudessem estar deficientemente tratadas, possa ter surgido uma recaída associada à pandemia, potenciando um agravamento prejudicial da saúde mental destes sujeitos, neste período de tempo que se apresentou tão difícil. Muitas vezes, pessoas com este tipo de perturbação têm mais dificuldades em superar e lidar com as adversidades, são mais susceptíveis às contrariedades e por vezes possuem menos estratégias de  *coping*, e nesse sentido, quiçá possa estar aqui alguma explicação.

No entanto, é fundamental analisar outro fator, que merece tanta consideração como o referido anteriormente. Existiram 4 sujeitos que apesar de não terem qualquer tipo de antecedente pessoal, sentiram perturbações na sua saúde mental, o que na opinião do investigador, e apesar da amostra ser reduzida também deve ser valorizado. Não se pode esquecer que 4 sujeitos em 18, ou seja mais de um quarto da amostra, sem qualquer tipo de antecedente pessoal, referiam que a pandemia perturbou a sua saúde mental.

Por outro lado, também se pode colocar a questão ao contrário, ou seja, quase 66,6% da amostra referiu que a pandemia de Covid-19 não foi responsável por perturbar a sua saúde mental. Neste sentido, importa analisar alguns dados. Dos 6 sujeitos, que responderam afirmativamente à questão anterior, 3 têm menos de 45 anos, 1 tem 55 anos e os outros 2 têm mais de 64 anos. É sabido que a média de idades da amostra, foi superior a 52 anos e nesse sentido, tratava-se de uma amostra de sujeitos já com alguma experiência de vida. Isto pode explicar que os sujeitos, que referiram que a pandemia de Covid-19 perturbou a sua saúde mental se situam em opostos, ou seja, com menos de 45 anos, ou seja, menos experiência de vida (apesar de 2 desses sujeitos terem formação superior), e em idades mais avançadas, já com algum grau de risco de desenvolver consequências graves associadas à doença. Ou seja, a maior parte dos sujeitos que referiu que a pandemia de Covid-19 não perturbou a sua saúde mental situava-se entre os 46 e os 63 anos. Assim, parece que o fator idade, poderá ter relevância nas respostas dadas, e na problemática da saúde mental associada à pandemia de Covid-19, parecendo que o grau académico/escolaridade não tem tanta influência como a experiência de vida. Um outro aspeto que merece ser referido, diz respeito ao número de casos de Covid-19 diagnosticados durante o período pandémico, que foi nulo. Ou seja, o facto de durante a pandemia não ter havido nenhum caso de Covid-19 diagnosticado entre as pessoas idosas, pode ter contribuído para preservar a saúde mental daqueles cuidadores.

Além disso, também foi possível verificar que essa influência negativa da pandemia na saúde mental dos cuidadores ainda se faz sentir, visto haver 4 sujeitos em 6 que apresentam à data de recolha de dados *scores* alterados na escala EAD-21.

A segunda questão a ser colocada aos cuidadores formais foi a seguinte: “Considera que a pandemia de Covid-19 foi responsável por lhe ter provocado perturbações na sua saúde mental?”. Nesta questão as respostas foram várias, mas assentavam em expressões como: “ (...) mais cansada, exausta e sem paciência (...) pico da pandemia foi o caos (...) ”; “ (...) enorme sentimento de solidão, vazio, tristeza, falta de energia (...) pânico e revolta (...) atualmente sinto-me muito mais ansiosa e insegura”; “ (...) sempre nervosa, sempre preocupada (...) ”; “ (...) Tive medo, e receio (...) lidar com a situação foi muito difícil (...) ”; “ (...) ia para casa preocupada (...) ”; “ (...) aumento do stresse diário, (...) ansiedade nunca antes sentida (...) incerteza do que nos esperava (...) medo constante (...) não conseguir proteger (...) ”.

Expostos os excertos das respostas, facilmente se compreende que para estes sujeitos, a pandemia, foi um momento difícil das suas vidas, e que teve repercussões quer na vida laboral, quer também na sua vida pessoal. Hoje sabe-se ser difícil dissociar a vida profissional da vida pessoal, e com estas respostas também isso ficou aqui evidente. Mais alarmante ainda, é constatar que a pandemia deixou marcas, que alguns desses sujeitos identificam claramente, e que têm com certeza, tal como eles referem repercussões na sua saúde mental e bem-estar pessoal.

No entanto, e como é sabido, é também impossível dissociar a saúde mental, do bem-estar físico e neste caso, através das respostas dadas também aqui isso ficou patente. Repostas como "exausta", "sem energia", refletem bem, que esta sobrecarga emocional teve impacto quer na saúde mental destes sujeitos, mas também na sua saúde e bem-estar físico.

Ainda neste seguimento, surge mais um dado curioso, e diz respeito às respostas dos técnicos superiores. Neste caso, sujeitos com formação superior, um deles na área da saúde, e um na área social, sem antecedentes conhecidos, referiam todos que a pandemia lhes perturbou a sua saúde mental. Através das respostas dos mesmos, foi possível constatar sentimentos de ansiedade, medo, assente na incerteza constante, stresse, exaustão, o que supõe que profissionais com outro nível de formação e, com outras competências também não foram imunes à situação e sofreram com a mesma.

Assim, pode concluir-se que as respostas obtidas estão com certeza em linha com o que foi a revisão da literatura realizada. Além disso, vão também ao encontro daquilo que fora as respostas da maior parte dos sujeitos à escala EAD-21, o que revela que esses sintomas, esses sentimentos ainda hoje estão presentes, e como se viu pelas repostas dadas, alguns sujeitos tiveram o seu gatilho na pandemia que ainda hoje estamos a atravessar.

A terceira questão a ser colocada aos cuidadores formais foi: "Considera que essa perturbação sentida na sua saúde mental condicionou de alguma forma os cuidados prestados aos utentes?". Tratava-se de uma pergunta dicotómica, na qual os sujeitos apenas tinham que responder sim, ou não. Caso respondessem que sim, foi-lhes pedido que respondessem o porquê, ou seja, em que sentido tal situação tinha influenciado os cuidados prestados aos utentes.

Em termos estatísticos importa referir que dos 6 sujeitos admitidos a esta parte da investigação, 4 destes responderam que sim, que a perturbação da sua saúde mental sentida durante a pandemia tinha influenciado os cuidados prestados aos utentes.

Existiu 1 sujeito que referiu " ter menos paciência por andar mais estressada". No entanto, foi interessante verificar, que este sujeito, tal como os outros 3 que responderam afirmativamente a esta questão, salientaram que " os cuidados prestados foram melhores", o que pressupõe que apesar de todo o desgaste sentido, o foco esteve sempre no utente, no seu bem-estar, esquecendo de certa forma o bem-estar pessoal do cuidador formal, em detrimento do bem-estar individual e coletivo da comunidade de utentes da ERPI.

Não obstante, durante a pandemia, verificaram-se transformações nas interações entre cuidador e pessoa idosa, devido às necessidades de distanciamento social, de cobrir o rosto, e o medo geral que passou a pautar o quotidiano de todos. As tarefas do dia-a-dia também se revelaram um desafio, muitas vezes alteradas ou aumentadas, especialmente no que toca à necessidade de higienizar os espaços, o que requer mais tempo e esforço (Bandini et al., 2021).

Sterling et al, (2020) acrescentam ainda a preocupação de colocarem a sua própria família em risco, devido à necessidade de continuar a trabalhar e à impossibilidade de praticar isolamento social. Os cuidadores enfrentam difíceis decisões sobre os riscos para a sua própria saúde por continuarem a trabalhar, riscos financeiros se optarem por não trabalhar, e preocupações sobre os efeitos dessas decisões sobre os idosos que carecem de cuidados.

Os mesmos autores encontram relatos entre os cuidadores de sentimentos de desvalorização por se sentirem como trabalhadores invisíveis, lembrados apenas quando aumentam os casos, enquanto estão na linha de frente do combate ao vírus, enfrentando o risco de transmissão. Nesse sentido, e apesar de todas as dificuldades sentidas, foi colocada uma quarta e última questão aos cuidadores formais: “Em algum momento durante a pandemia de Covid-19, teve vontade em abandonar o seu trabalho como cuidador de pessoas idosas numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas?”. Também a esta pergunta, de resposta dicotómica, os sujeitos apenas tinham que responder sim, ou não. Apesar de todas as dificuldades sentidas, de tudo o que foi referido anteriormente, a totalidade dos 6 sujeitos reponderam negativamente, ou seja, apesar de terem sentido perturbação da sua saúde mental, a verdade é que nenhum dos 6 sujeitos, teve em algum momento da pandemia vontade em abandonar a sua atividade como cuidador de pessoas idosas em ERPI, o que de certa forma, também vem reforçar os dados apresentados na pergunta anterior, reforçando mais uma vez que o foco destes cuidadores sempre esteve no bem-estar dos idosos de quem cuidam diariamente.

Exposto tudo isto, foi possível verificar que a pandemia de Covid-19 influenciou negativamente a saúde mental dos cuidadores formais de pessoas idosas da ERPI daquela IPSS. Foi possível verificar ainda, que essa influência negativa se fez sentir em sujeitos já com antecedentes, mas também em sujeitos sem antecedentes, sendo que ainda hoje se evidencia algum impacto negativo na saúde mental destes cuidadores possivelmente despertado pela pandemia. Não obstante, e apesar de todas as adversidades sentidas, o foco destes sujeitos esteve sempre no bem-estar dos idosos, e em momento algum pensaram em abandonar o seu trabalho como cuidadores de pessoas, durante esta fase tão delicada da vida de todos nós.

Não é possível, dizer com clareza, qual a amostra que foi mais afetada pela pandemia de Covid-19, sendo que se nos reportarmos exclusivamente a dados estatísticos, pode ficar-se com a impressão que foi a amostra das pessoas idosas. No entanto, e mais importante do que fazer comparações deste género, importa sim compreender que esta pandemia afetou a saúde mental de uma pequena comunidade de pessoas idosas da ERPI de uma IPSS do interior da região centro de Portugal e de alguns dos seus cuidadores formais.

Também Benzinger et al, (2021) descreveram os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre o bem-estar psicossocial dos utentes das ERPI, e dos profissionais de saúde, encontrando altos níveis de auto-relato de solidão, depressão e medo nos dois grupos.

Importa ainda, compreender que essas perturbações identificadas deixaram marcas, em ambos os grupos de sujeitos, sendo que parece ao investigador, que quer um grupo quer o outro necessitam de algum apoio e acompanhamento, visto terem sido identificadas marcas de sofrimento emocional em ambas as amostras estudadas.

## CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

### 1. Conclusões

Com a investigação realizada, foi possível verificar que a pandemia de Covid-19 perturbou a saúde mental, quer das pessoas idosas, quer dos seus cuidadores formais. Isto pode ser afirmado, uma vez que os resultados dos instrumentos de recolha de dados aplicados assim o indicam.

No que diz respeito às pessoas idosas, foi possível identificar através das escalas aplicadas, situações que indicam estados de ansiedade e depressão em sujeitos sem antecedentes de doença mental. Também foi possível verificar através das entrevistas realizadas, que a maior parte dos sujeitos, portanto 6 sujeitos, identificou sentimentos de ansiedade, entre outros durante o pico da pandemia. Também se sabe, que a depressão, muitas vezes silenciosa se instala de forma insidiosa, e neste sentido é provável, que este estado de ansiedade permanente e frequente, associado ao desânimo, à tristeza pelos diversos motivos que foram enunciados pelos sujeitos possa ter sido o *trigger* que fez despoletar a doença mental em algum dos sujeitos admitidos a estudo.

Foi possível verificar através das entrevistas realizadas às pessoas idosas, que o isolamento pessoal de 14 dias nos quartos, bem como a impossibilidade de verem a família, foram as situações mais difíceis de gerir. Salienta-se neste caso, que o isolamento geral e o confinamento, teve algum impacto, no entanto, o facto de a comunidade estar em grupo contribuiu para minimizar a situação. Além disso, no sentido de minimizar o impacto da proibição das visitas, as pessoas idosas utilizavam as tecnologias (telemóveis), para comunicar com a família, sendo que esta estratégia também contribuiu para reduzir o sofrimento de não verem os seus familiares. Foi também possível verificar através da revisão da literatura, que a solidão é um fator de risco para a depressão, declínio cognitivo e morte prematura. A propósito do risco de morte prematura, e após analisar os dados da ERPI daquela IPSS, foi possível verificar que no biénio 2016/2017 faleceram 13 pessoas, no biénio 2018/2019 faleceram 11 pessoas, no biénio 2020/2021 faleceram 7 pessoas, e no ano de 2022 até ao dia 31 de janeiro tinha falecido 1 pessoa idosa. Aquilo que é possível verificar, é que a mortalidade foi inferior nos anos de pandemia quando comparada com anos anteriores. Esse facto pode ser explicado por não terem havido casos de Covid-19 entre a população idosa, e pelas medidas de higiene e etiqueta respiratória adotadas, que tiveram um importante papel na redução dos problemas respiratórios, que têm um elevado impacto na morbidade mortalidade da população nesta faixa etária.

No entanto, também não se podem esquecer os relatos de medo, medo do desconhecido, medo de que a família adoecesse, mas também deles próprios ficarem doentes, sendo que neste caso, foi possível constatar alguma confiança na forma como

a pandemia foi gerida a nível institucional. Além disso, o facto de nunca ter havido um caso confirmado entre as pessoas idosas, pode também ter contribuído para reforçar a confiança nos cuidadores e nesse sentido, também aqui os sujeitos tiveram um papel fundamental ao cumprirem a maior parte das recomendações, apesar de nem sempre as compreenderem e aceitarem.

Apesar de tudo, as pessoas idosas devem ser apoiadas para comunicarem com sua família e amigos, e participar em programas de atividades seguras e acessíveis centradas na pessoa, a fim de melhorar a participação que poderia contribuir para mitigar condições depressivas.

Importa salientar, que nenhum aspeto positivo foi referido pelos sujeitos ao longo do processo de recolha de dados, sendo que mesmo quando questionados sobre o futuro, a maior parte duvida de que o futuro seja mais risonho e que traga aspetos positivos.

No que diz respeito aos cuidadores formais, também foi possível identificar que nos 18 sujeitos admitidos a estudo, 6 dos mesmos referiu que a pandemia foi responsável por perturbar a sua saúde mental. Esta consideração foi validada pela aplicação das escalas, visto que destes 6 sujeitos, 4 tiveram *scores* alterados nas escalas, tendo sido identificadas situações sugestivas de stresse, ansiedade e depressão.

Os cuidadores formais, tal como as pessoas idosas, associam a pandemia a ansiedade, tristeza, medo, sendo que neste caso, os cuidadores formais referem além da perturbação mental, repercussões a nível físico, descritas como falta de energia entre outras.

Não se podem esquecer os relatos de pânico, medo constante, caos e até de revolta, o que revela que para estes profissionais esta situação foi difícil de gerir, de ultrapassar e foi possível constatar que ainda hoje esses efeitos se fazem sentir, sob sentimentos de ansiedade e insegurança.

No caso da amostra de cuidadores formais, tal como na amostra das pessoas idosas, convém lembrar que muitos sinais e sintomas de doença mental podem passar despercebidos, sendo que no momento, o fundamental é intervir.

Foram identificadas nas duas amostras, várias situações de sofrimento emocional, sendo que o propósito deste trabalho não era realizar diagnósticos médicos, mas sim identificar situações que carecessem de intervenção, e nesse sentido também isso foi conseguido.

Considerando os resultados deste estudo propõe-se que a depressão e a ansiedade sejam estreitamente monitorizadas nos idosos especialmente naqueles com doenças físicas ou mentais pré-existentes para alcançar melhores níveis de satisfação com a vida nesta população durante a pandemia. As medidas preventivas para os idosos durante a pandemia de Covid-19 não significam apenas medidas de proteção contra infeção, mas devem atender também às suas necessidades como a autonomia e as

relações sociais. Nesse sentido, as equipas das ERPI devem ser informadas sobre as medidas preventivas e as consequências para a saúde mental dos idosos durante a pandemia, devendo ser treinados para abordagens básicas não farmacológicas, incluindo a organização de terapias e aconselhamento que melhoram o enfrentamento, resiliência psicológica, satisfação com a vida e reduzir ansiedade e solidão.

Assim, este trabalho não fica concluído. Identificadas as situações, importa agora dar o próximo passo. Este passa pela sensibilização dos intervenientes, nomeadamente os profissionais de saúde especializados sobre a problemática em questão. É necessário intervir junto daqueles que carecem de maior cuidado, e que estão em maior risco, considerando-se que o fundamental é a consciencialização de todos para a existência do problema, de forma a serem implementadas medidas que permitam a sua resolução ou minimização.

## **2. Proposta de intervenção**

A pandemia de Covid-19 é transversal à sociedade e tem tido um impacto global, não poupando praticamente nenhuma área da vida coletiva ou individual das pessoas, com repercussões na esfera da sua saúde mental.

Em situações de pandemia, o número de pessoas psicologicamente afetadas costuma ser maior que o número de pessoas acometidas pela infeção, estimando-se que um terço a metade da população possa apresentar consequências psicológicas e psiquiátricas caso não recebam cuidados adequados (Denworth, 2020).

Segundo Ornell, Schuch, Sordi e Kessler (2020), a quarentena teve múltiplos efeitos psicológicos negativos nas pessoas, especialmente humor deprimido, irritabilidade, raiva, medo e insónias, muitas vezes de longa duração. Contudo, dado o carácter inédito do distanciamento e isolamento sociais simultâneos de milhões de pessoas, o impacto da atual da pandemia pode ser ainda maior, levando à hipótese de “pandemia de medo e stresse (Brooks et al., 2020).

O confinamento imposto pela Covid-19, que já foi descrito como o “maior experimento psicológico do mundo” colocou à prova a capacidade humana de extrair sentido do sofrimento humano, desafiando as pessoas e as sociedades (Van Hoof, 2020).

Neste cenário foram identificados vários fatores facilitadores da saúde mental das pessoas. As principais variáveis físicas relacionam-se, por exemplo com a nutrição, o sono e os exercícios. Os fatores emocionais estão ligados à autoestima, ao autoconhecimento, à capacidade de adaptação entre outros. No âmbito social, são apresentadas as relações pessoais (família, amigos) e as atividades de lazer. Os aspetos espirituais, também têm sido valorizados, entre eles o sentido da vida, o

equilíbrio entre aquilo que pode ser mudado e o que é imutável, as crenças religiosas e a religião propriamente dita (Falcão & Araújo, 2018).

Assim, faz sentido neste trabalho, propor um plano de intervenção, sendo que para a concretização do mesmo foram definidos um conjunto de objetivos, um geral e três específicos.

O objetivo geral proposto para este plano de intervenção foi:

- Melhorar a saúde mental das pessoas idosas da ERPI onde se realizou este estudo e dos seus cuidadores formais;

Atendendo ao objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos;

- Sensibilizar a pessoa idosa e os cuidadores formais daquela ERPI para a importância da sua saúde mental;

- Fornecer estratégias personalizadas às pessoas idosas e seus cuidadores formais, promotoras de boa saúde mental;

- Promover um acompanhamento regular das pessoas idosas e dos seus cuidadores formais, no âmbito da estratégia de promoção da saúde mental;

De forma a dar concretização aos objetivos propostos para este plano de intervenção foram elaboradas um conjunto de estratégias que seguidamente são apresentadas:

#### ➤ **Sensibilizar e educar (para as pessoas idosas e cuidadores formais)**

- Introduzir novas atividades e retomar as que eram interessantes ou que davam prazer à pessoa, independentemente de se no momento parecem desinteressantes ou não darem nenhum prazer (na medida do possível e adequado);

- Monitorizar o sono e adotar procedimentos (por exemplo musicoterapia, aromaterapia) para quando são identificadas dificuldades (ou seja, ir para a cama no mesmo horário, tentar dormir o mesmo número de horas, evitar dormir demais);

- Manter as atividades pré-pandemia e reforçar as atividades sociais, incluindo a participação em atividades sociais comunitárias (na medida do possível e adequado);

- Identificar ideias de autodestruição ou suicídio, e incentivar a procura de ajuda se isso acontecer, e atotar procedimentos de atuação nessas situações (Encaminhar a pessoa para o médico da ERPI, médico de família, ou agilizar a situação para os serviços de saúde mental)

- Realizar uma sessão de educação para a saúde sobre a saúde mental e sinais de alerta (uma para os cuidadores formais e uma para as pessoas idosas);

- Para os idosos, (ou para os cuidadores formais que necessitem) continuar a procurar ajuda para os problemas de saúde física.

➤ **Cuidar dos agentes stressantes psicossociais atuais**

• Criar a “hora da saúde mental”. Será criado um período de tempo, de uma hora semanal na qual a Equipa de Técnicos Superiores dedica a sua atividade única e exclusivamente a cuidar da saúde mental das pessoas da ERPI daquela instituição. Esta hora servirá para ouvir num espaço reservado os cuidadores formais que achem que necessitam de ajuda bem como os idosos. No entanto, este espaço também servirá para acompanhar aqueles sujeitos já identificados como estando em risco, havendo desta forma um acompanhamento mais próximo;

• Dar à pessoa oportunidade de falar, de preferência num espaço reservado. Peça que ela lhe diga qual é seu entendimento das causas dos seus sintomas;

• Realizar reuniões mensais com os cuidadores formais, nas quais são discutidos os temas que lhes geram dúvidas e medos;

• Perguntar sobre os agentes stressores psicossociais atuais. Dentro do possível, procurar gerir as questões identificadas e encaminhar com a ajuda de serviços/recursos da comunidade;

• Identificar, avaliar e manejar qualquer situação de maus tratos, abuso, e negligência. Contatar os recursos legais e da comunidade, conforme seja apropriado;

• Identificar e envolver os membros da família que apoiam a pessoa (na medida do possível e apropriado).

➤ **Reativar as redes sociais**

• Identificar as atividades sociais anteriores da pessoa e da instituição que, se retomadas, têm um potencial para fornecer um apoio psicossocial direto ou indireto (por exemplo, visitas da família, saídas com a família e ou amigos, visita a vizinhos, atividades sociais no local de trabalho, atividades comunitárias);

• Identificar e aproveitar as habilidades e os pontos fortes da pessoa e ativamente encorajá-la a retomar as suas atividades sociais anteriores (na medida do possível);

• Identificar junto com a fisioterapeuta, atividades promotoras de bem-estar mental adequadas quer as pessoas idosas, quer aos cuidadores formais.

➤ **Programa estruturado de atividades físicas (para as pessoas idosas e cuidadores formais)**

• Realizar regularmente atividades físicas (na medida do possível e adequado);

• Organizar em conjunto com a fisioterapeuta atividades físicas de duração adequada (por exemplo, 45 minutos) 3 vezes por semana.

- Investigar em conjunto com a pessoa idosa e a fisioterapeuta que tipo de atividade física lhe é mais atrativa, e apoiando-a a aumentar gradualmente a quantidade de atividade física, às suas necessidades e expectativas.

➤ **Propor um seguimento regular**

- Avaliar regularmente a pessoa, no espaço dedicado à “ hora da saúde mental”;
- Encaminhar a pessoa para o médico da ERPI, médico de família, ou agilizar a situação para os serviços de saúde mental, segundo as necessidades identificadas.

O plano apresentado, trata-se de um conjunto de intervenções que deveriam ser tomadas em consideração após a realização do referido estudo.

No entanto, em primeiro lugar faz sentido apresentar os resultados do estudo à comunidade que colaborou com a investigação, bem como à direção da instituição. Deve ser dada abertura, aos sujeitos admitidos a estudo, para que possam caso queiram, dialogar sobre os resultados do mesmo, sendo que, deverá existir a disponibilidade por parte do investigador, em ajudar aqueles que careçam de cuidado.

Além disto, e apesar do médico não ter participado na investigação é fundamental dar conhecimento ao clínico sobre as principais conclusões a que se chegou com a referida investigando, incentivando e despertando o mesmo para a referida problemática, desafiando-o positivamente a procurar encontrar soluções em conjunto com a restante equipa.

Assim, antes da implementação das sugestões atrás enunciadas era fundamental apresentar o estudo e as suas conclusões. Auscultar de imediato, aqueles sujeitos que queiram ou achem que necessitam de ajuda, sendo que deverá existir entre a equipa de cuidadores especializados e a direção da instituição uma maior sensibilização e trabalho em conjunto para a procura de soluções de forma a identificar precocemente problemas de saúde mental e ter uma atitude mais pró-ativa na sua prevenção.

### **3. Limitações**

A pandemia é relativamente recente, e nesse sentido apesar de já existir bibliografia sobre a mesma, esta ainda é escassa em alguns aspetos. Torna-se ainda mais escassa quando o tema é a saúde mental. Isto porque? Porque requer tempo, porque a investigação leva tempo, e porque a doença mental muitas vezes é de início lento, e passa despercebida, sendo muitas vezes de manifestação tardia. Além disso, a grande maioria dos estudos realizados sobre a saúde mental, diz respeito aos profissionais de saúde, nomeadamente os do meio hospitalar. Atrevemo-nos inclusive

a dizer, que devido à sobrecarga que as unidades de saúde sentiram nos últimos tempos, é mais apetecível a investigação sobre os profissionais de saúde e utentes dessas unidades, que nas unidades de retaguarda como sejam as ERPI.

Assim, a bibliografia sobre a saúde mental das pessoas idosas das ERPI e dos seus cuidadores formais, é ainda relativamente escassa. No entanto, isto não retirou o foco ao investigador, sendo que despertou ainda mais interesse e vontade em realizar esta investigação.

No entanto, várias outras limitações foram surgindo. A primeira limitação, diz respeito ao reduzido número de sujeitos da amostra, principalmente a das pessoas idosas, tendo sido limitada a 7 sujeitos.

Os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da amostra foram definidos para que a mesma fosse apenas constituída por pessoas capazes de responder adequadamente aos instrumentos de recolha de dados. Para tal, recorreu-se a instrumentos objetivos, mensuráveis, excluindo-se a subjetividade da escolha dos sujeitos por parte do investigador. Desta forma, e apesar de existirem pessoas medicadas para a demência sem diagnóstico médico, foi perceção do investigador que esses sujeitos pudessem ser admitidos a estudo, no entanto, e após a aplicação do TDC-6 itens foi verificado que tal não era possível, uma vez que esses sujeitos apresentavam alterações cognitivas significativas que inviabilizavam a recolha dos dados necessários com a qualidade exigida. Trata-se de uma limitação importante, uma vez que era perceção do investigador, que antes da pandemia haveria mais sujeitos capazes de participar no estudo.

Neste sentido, seria também interessante verificar se a própria pandemia de Covid-19 foi responsável por provocar algum tipo de agravamento do estado cognitivo das pessoas idosas, no entanto, tal não é possível visto não haver forma de estabelecer essa comparação. Apesar disso, não seria de estranhar que tal se verificasse, atendendo a todos os efeitos deletérios conhecidos sobre o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde física e mental das pessoas idosas.

Também as próprias entrevistas tiveram pouco *feedback*, podendo assumir-se aqui alguma inabilidade do investigador, no entanto, verificou-se que os próprios sujeitos se encontravam pouco comunicativos, sendo que por estranho que possa parecer, ficou a perceção os mesmos já não estavam habituados a estabelecer grandes diálogos, ainda para mais sobre um tema tão caro como a Covid-19.

Esta perceção pode ter algum significado, e pode não ser apenas a perceção sentida, mas podem efetivamente ter surgido algumas perdas de competências no que diz respeito ao processo comunicativo dos idosos, no decorrer da pandemia. Tal como referiu Guidetti e Pereira (2008), a linguagem não é somente um instrumento de comunicação, ela é um instrumento de socialização, mediador das relações entre o ser humano e o mundo. Uma vida baseada na comunicação e no entretenimento tem

um papel preventivo no desenvolvimento de depressão, aparecimento da doença física e mental, bem como da carência afetiva e emocional da pessoa idosa.

Diversas alterações decorrentes do envelhecimento do organismo, como sendo a surdez, fatores psicológicos bem como problemas de memória podem influenciar o processo de comunicação, trazendo dificuldades que se poderão refletir em exclusão social (Mesquita, Cavalcante & Freitas, 2016).

Levanta-se também a questão do suporte social como fator positivo e protetor, sendo que os relacionamentos com os outros significativos estão associados à saúde física e mental, sendo que a falta de convivência entre os idosos é um fator inibidor do processo comunicativo (Santos, Heidemann, Marçal & Arakawa-Belaunde, 2019).

As instituições, neste caso as ERPI devem proporcionar ao idoso um ambiente que o motive, favoreça a comunicação, facilite a interação, visando contribuir para o seu bem-estar pessoal, social e emocional. Há também a necessidade de consciencializar os cuidadores da importância da comunicação e das relações interpessoais entre os idosos, o que proporciona a estas pessoas uma melhor qualidade de vida e saúde mental (Guidetti e Pereira, 2008).

Assim, pode supor-se que o isolamento social, o confinamento, o excesso de trabalho dos cuidadores formais, foram fatores inibidores do processo de socialização, o que por sua vez pode ter influenciado de forma negativa quer a saúde mental das pessoas idosas, quer a forma como as mesmas comunicam, o que de certa forma pode ajudar a explicar o pouco *feedback* das entrevistas.

A terceira limitação, que merece ser referida diz respeito, à atitude de alguns dos cuidadores formais, aquando do preenchimento dos instrumentos de recolha de dados. Apesar dos esclarecimentos do investigador, de ter realçado a importância do estudo e da sua disponibilidade, foi perceptível por parte do mesmo a pouca disponibilidade de alguns sujeitos em responder aos instrumentos de recolha de dados, ou seja, aceitaram participar, mas tinham bastante interesse no rápido preenchimento dos mesmos.

Além do referido, é importante realizar outra consideração. Apesar de não ser propriamente uma limitação, a verdade é que a situação vivida na ERPI daquela IPSS durante a pandemia foi relativamente tranquila, na medida em que não houve casos positivos diagnosticados, e com isso a face mais visível da doença acabou por não ser conhecida.

Esta situação, contrapõe com o que aconteceu em muitas outras instituições deste país, com elevados números de infetados e inclusive mortos, sendo que este maior controlo da situação pode ter contribuído para que, apesar de existirem situações de stresse, ansiedade e depressão entre as pessoas idosas e os seus cuidadores, tais resultados poderiam provavelmente ser sido mais negativos caso a situação na ERPI tivesse sido diferente.

Exposto isto, seria interessante alargar esta investigação a outras instituições da região centro do país, mas também a instituições localizadas em outras regiões de Portugal. Além disto, seria também interessante comparar dados entre instituições com casos de Covid-19 diagnosticados e sem casos Covid-19 diagnosticados entre as pessoas idosas, no sentido de compreender se esse fator tem relevância nas respostas obtidas e implicação na saúde mental dos intervenientes.

Exposto, tudo isto, foi perceptível que o problema existe, que passa despercebido e nesse sentido, importa compreender, quantas pessoas, idosas ou cuidadores viram a sua saúde mental afetada pela pandemia e quantas sofrem em silêncio, gritando por serem ouvidas.

## Bibliografia

Abbasi, J., (2020). Social Isolation—the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. *jama*. 324(7), 619-620. doi:10.1001/jama.2020.13484

Al-Zaharani, J., (2020). SARS-CoV-2 associated COVID-19 in geriatric population: A brief narrative review. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28(1), 738-343. doi.org/10.1016/j.sjbs.2020.11.001

Alzheimer Europe (2020). Dementia as a European Priority A policy overview. Disponível em: [https://issuu.com/alzheimer-europe/docs/dementia\\_as\\_a\\_european\\_priority](https://issuu.com/alzheimer-europe/docs/dementia_as_a_european_priority)

Alzheimer Portugal (2020). Prevalência da Demência. Novo relatório da Alzheimer Europe 2019. Disponível em: [https://alzheimerportugal.org/pt/news\\_text-77-1-1094-prevalencia-da-demencia-novo-relatorio-da-alzheimer-europe-2019](https://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-1-1094-prevalencia-da-demencia-novo-relatorio-da-alzheimer-europe-2019)

Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. D. S., Silva, R. C. G. D., Santos, E. J. F. D., & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & mental health*, 22(9), 1190-1195. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1080/13607863.2017.1348473>

Apóstolo, J., (2012). Avaliação em Geriatria. Disponível em: Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Joao-Apostolo/publication/291332357\\_Instrumentos\\_de\\_Avaliacao\\_Geriatria/links/569fbb3108ae21a56427149a/Instrumentos-de-Avaliacao-Geriatria.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joao-Apostolo/publication/291332357_Instrumentos_de_Avaliacao_Geriatria/links/569fbb3108ae21a56427149a/Instrumentos-de-Avaliacao-Geriatria.pdf)

Arantes, A. C. Q., Schmidt, B., Melo, B. D., Lima, C. C., Groisman, D., Montilla, D. E. R., ... & Magrin, N. P. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações aos trabalhadores e cuidadores de idosos. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41686/2/CartilhaIdoso.pdf>

Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256. doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X

Arpacioglu, S., Yalçın, M., Türkmenoğlu, F., Ünübol, B., & Çelebi Çakıroğlu, O. (2021). Mental health and factors related to life satisfaction in nursing home and community-dwelling older adults during COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychogeriatrics*, 21(6), 881-891. doi.org/10.1111/psyg.12762

Associação Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica (2018). Atas. Diagnóstico e Avaliação Psicológica. 1º Congresso AIDAP. Disponível em: <https://www.fpce.uc.pt/aidap/doc/atas.pdf>

Autor com Identidade Protegida (2020a). Plano de Contingência da IPSS. Documento Interno.

Autor com Identidade Protegida, (2020b). Atualização de alguns procedimentos do Plano de Contingência da IPSS. Documento Interno.

Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death studies*, 34(4), 351-364. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1080/07481181003613941>

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>

Bandini, J., Rollison, J., Feistel, K., Whitaker, L., Bialas, A., & Etchegaray, J. (2021). Home care aide safety concerns and job challenges during the COVID-19 pandemic. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 31(1), 20-29. doi.org/10.1177/1048291120987845

Base de Dados de Portugal Contemporâneo (2021). Indicadores de envelhecimento segundo os censos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525-3739>

Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). Psychosocial effects of the pandemic on staff and residents of nursing homes as well as their relatives-A systematic review. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*.doi: 10.1007/s00391-021-01859-x

Boff, L., (2003). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes

Bogdan,R.,& Biklen,S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

Boyd, J., McKiernan, F., & Waller, G. (2000). Early-onset and late-onset depression in older adults: Psychological perspectives. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(2), 149-159.. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1017/S0959259800000265>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>

Cabete, D., (2001). *O impacto do Internamento Hospitalar no Estado funcional e Psicológico da Pessoa Idosa*. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/372/1/DM%20CABE-D1.pdf>

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Disponível em: <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor*, 26.doi: 10.12659/MSM.924171

Campos, L. P., & Lins, T. (2020). *Pandemia à Portuguesa: um relato sobre o Covid-19 em Portugal. Espaço e Economia*. *Revista brasileira de geografia econômica*, (17).doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369

Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical psychology review*, 33(3), 343-360.. Disponível em: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.cpr.2013.01.003>

Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação-Guia para Auto-aprendizagem (2ª edição)*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carriedo, A., Cecchini, J. A., Fernandez-Rio, J., & Méndez-Giménez, A. (2020). COVID-19, psychological well-being and physical activity levels in older adults during the nationwide lockdown in Spain. *The American journal of geriatric psychiatry*, 28(11), 1146-1155.doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.007

Carvalho, A. (2012). *Ajudantes de Ação Direta: Percepções sobre formação profissional e impacto da formação na prestação de cuidados a idosos dependentes internados*. Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/303716955.pdf>

Castro, S., (2010). *Processo de institucionalização da pessoa idosa: um olhar comparativo entre uma instituição pública e privada*. Tese de Mestrado, Faculdade de Letras, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63843/2/tesemestsusanacastro000165960.pdf>

Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and aging*, 16(3), 524. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1037//0882-7974.16.3.524>

Chew, N.; Lee, G.; Tan, B.; Jing, M.; Goh, Y.; Ngiam, ... & Sharma, V.; ( 2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. 88, 559-565. <https://doi.org/10.1016/j.jbbs.2020.04.049>

Chizzotti, A. (2018). Pesquisa em ciências humanas e sociais. Cortez editora. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=OXdZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Chizzotti,A.,+\(2006\).Pesquisa+em+Ci%C3%A2ncias+Humanas+e+Sociais+\(8%C2%AA+ed.\).S%C3%A3o+Paulo:+Cortez.&ots=JxKQAI3WcL&sig=I9BPUab\\_xo3dktEDORxbN1B0RA&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=OXdZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Chizzotti,A.,+(2006).Pesquisa+em+Ci%C3%A2ncias+Humanas+e+Sociais+(8%C2%AA+ed.).S%C3%A3o+Paulo:+Cortez.&ots=JxKQAI3WcL&sig=I9BPUab_xo3dktEDORxbN1B0RA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Costa, F., Silva, A., Oliveira, C., Costa, L., Paixão, M., Celestino, M., ... & Santos, I., (2020). COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 49811-49824. doi:10.34117/bjdv6n7-580

Dang, S., Penney, L. S., Trivedi, R., Noel, P. H., Pugh, M. J., Finley, E., ... & Leykum, L. (2020). Caring for caregivers during COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2197-2201. doi.org/10.1111/jgs.16726

Denworth, L. (2020). The biggest psychological experiment: What can the pandemic teach us about how people respond to adversity?. *Scientific American*, 39-45. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/interactive/the-biggest-psychological-experiment-in-history-is-running-now/>

Dillaway, H. E., & Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *Journal of applied gerontology*, 28(6), 702-722.. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0733464809333882>

Direção Geral da Saúde (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento Global e Nacional e referência de recurso em casos emergentes. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2021b). Perguntas frequentes. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>

Direção Geral de Saúde (2020a). Covid-19: Prevenção e Controlo de Infecção no Sector da Construção Civil. Orientação n.º 0034/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0342020-de-11072020-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde, (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde, (2021a). Covid-19. Relatório da situação. 12/01/2022. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/697\\_DGS\\_boletim\\_20220128.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/697_DGS_boletim_20220128.pdf)

Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233-1244. doi: 10.1016/j.jagp.2020.08.005

Ebrahim, S. H., Ahmed, Q. A., Gozzer, E., Schlagenhaut, P., & Memish, Z. A. (2020). Covid-19 and community mitigation strategies in a pandemic. *Bmj*, 368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1066.full.pdf>

El Hayek, S., Cheaito, M. A., Nofal, M., Abdelrahman, D., Adra, A., Al Shamli, S., ... & Al Sinawi, H. (2020). Geriatric mental health and COVID-19: An eye-opener to the situation of the Arab countries in the Middle East and North Africa Region. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1058-1069. doi: 10.1016/j.jagp.2020.05.009

Falcão, D. V., & de Araújo, L. F. (2018). *Idosos e saúde mental*. Papyrus Editora.

Faustino, B. M. V. (2018). O lugar da demência-Promoção da saúde mental no idoso institucionalizado com quadro de demencial. Tese de Mestrado, Universidade de Évora). Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23406>

Ferreira, M. E. M. M. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação). Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20%20Ser%20cuidador....pdf>

Fontana, A., & Frey, J. (1994). The art of science. *The handbook of qualitative research*, 361-376. Disponível em: <http://blogs.ubc.ca/cpsc544/files/2017/08/Interviewing-fontana-and-frey.pdf>

Fortin, M., (1999), *O Processo de investigação: da conceção à realização*, Loures, Lusociência.

Fröjd, K., Håkansson, A., Karlsson, I., & Molarius, A. (2003). Deceased, disabled or depressed—a population-based 6-year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 557-562. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1007/s00127-003-0670-z>

Gil, A., (2020). Trabalhadores de cuidados: Os heróis invisíveis da COVID-19. *Observador*. Disponível em: <https://observador.pt/opiniao/trabalhadores-de-cuidados-os-herois-invisiveis-da-covid-19/>

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O portal dos psicólogos*, 18, 1-18. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>.

González, L. A. M., Romero, Y. M. P., López, M. R., Ramírez, M., & Stefanelli, M. C. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 32-39. doi: 10.1590/S0080-62342010000100005.

Guidetti, A. A., & dos Santos Pereira, A. (2008). A importância da comunicação na socialização dos idosos. *Revista de Educação*, 11(11). Disponível em: <https://seer.pgsskroton.com/educ/article/view/1951>

Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore*, 49(1), 1-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200399/>

Instituto da Segurança Social (2008). *Gestão da qualidade das respostas sociais: Estrutura residencial para idosos*. Lisboa. Disponível em: [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4)

Instituto da Segurança Social (2013). *Guia prático: Apoios sociais*. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/idosos>

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística (2021). Estimativas da população residente em Portugal 2020. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=473118592&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473118592&DESTAQUESmodo=2)

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7 (3): e14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030>.

Kelley, S. D. (2003). Prevalent mental health disorders in the aging population: Issues of comorbidity and functional disability. *Journal of Rehabilitation*, 69(2), 19.. Disponível em: <https://www.thefreelibrary.com/Prevalent+mental+health+disorders+in+the+aging+population%3A+issues+of...-a0102024778>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lawton, M. P., Moss, M., Hoffman, C., Grant, R., Have, T. T., & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, 39(4), 406-416. doi:10.1093/geront/39.4.406.

Lee, J. J., Tsang, W. N., Yang, S. C., Kwok, J. Y. Y., Lou, V. W., & Lau, K. K. (2021). Qualitative study of Chinese stroke caregivers' caregiving experience during the COVID-19 pandemic. *Stroke*, 52(4), 1407-1414. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.120.032250>

Lima, M., (2013). Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: O caso do concelho de Vila Verde. Braga. Tese de Mestrado, Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/24949/1/Maria%20Fernanda%20Martins%20Lima.pdf>

Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4), 61-105. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2007pdf/61-2007-jun.pdf>

Long, M. V., & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), P311-P319. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.5.P311>

Lopes, P., (2004). Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: Um estudo comparativo e correlacional. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/612>

Losada, A., Márquez-González, M., García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of psychology*, 146(3), 277-292. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1080/00223980.2011.582523>

Macedo, M. B. M., & Ramos, L. R. (2005). Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Pública*, 39, 912-917. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2005.v39n6/912-917/pt>

Machado, J. C., Ribeiro, R. D. C. L., Cotta, R. M. M., & Leal, P. F. D. G. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 14, 109-121. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/H5wyd7g3gTCvpTwbmXGhcwb/?format=pdf&lang=pt>

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216000689?via%3Dihub>

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008.

Margrett, J. A., Daugherty, K., Martin, P., MacDonald, M., Davey, A., Woodard, J. L., ... & Poon, L. W. (2011). Affect and loneliness among centenarians and the oldest old: The role of individual and social resources. *Aging & mental health*, 15(3), 385-396. Disponível em: <https://scihub.se/https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2010.519327>

Marinho, V. M. (2007). Depressão de início tardio. In: *Forlenza Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu. pp. 63-67

Maximiano-Barreto, M. A., Aguiar, I. M., Martins, K. C., Buarque, D. C., & Fermoseli, A. F. D. O. (2019). Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(1), 209-2019. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200117>

Merriam, S., (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Mesquita, J., Cavalcante, M., & Freitas, C.. (2016). Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira?. *Revista Kairós: Gerontologia*, 19(1), 227-238. doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i1p227-238

Monin, J. K., Ali, T., Syed, S., Piechota, A., Lepore, M., Mourgues, C., ... & David, D. (2020). Family communication in long-term care during a pandemic: Lessons for enhancing emotional experiences. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1299-1307. doi: 10.1016/j.jagp.2020.09.008.

Moreira, C. D. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Murphy, E., Doyle, M., McHugh, S., & Mello, S. (2022). The Lived Experience of Older Adults Transferring Between Long-Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(1), 29-33. doi: 10.3928/00989134-20211206-04

Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 419-432. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000300002>

Neu, D., Lenardt, M., Betioli, S., Michel, T., & Willig, M., (2011). Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enfermagem*, 16(3). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24217>

Núcleo de Estudo de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, (s.d). *Avaliação Geriátrica*. Disponível em: [https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2018). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Disponível em: *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta (who.int)*

Organização Mundial de Saúde (2002). *The world Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Direção Geral de Saúde. 1ª edição, Lisboa. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2002a). Active ageing: a policy framework. Spain. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence%20=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence%20=6)

Organização Mundial de Saúde (2020). Guidance on routine immunization services during COVID-19 pandemic in the WHO European Region. Disponível em <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/corona-virus-covid-19/publications-and-technical-guidance/essential-health-services/guidance-on-routine-immunization-services-during-covid-19-pandemic-in-the-who-european-region,-20-march-2020-produced-by-who-europe>

Organização Mundial de Saúde (2021). Coronavirus disease dashboard. Disponível em: <https://covid19.who.int/>

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008

Özmen, S., Özkan, O., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2021). Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social work in public health*, 36(2), 164-177. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19371918.2021.1877589>

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1017/S1041610206003504>

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2006). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. Versão experimental: Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2010) disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/675/2/GAI.pdf>

Patterson, B. J. (1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 682-689. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21040682.x>

Paúl, M. C. (1997). Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra. Livraria Almedina

Pedone, M. R. E. (2019). Envelhecimento saudável: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 16(2), 50-50. doi.org/10.5335/rbceh.v16i2.10202

Pereira, R., (2014). A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17177>

Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD: Revista de Psicologia, 1(2), 225-236. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>

Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 148-163. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36242128002.pdf>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061893/pdf/gpsych-2020-100213.pdf>

Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066

Reis-Filho, J., & Quinto, D., (2020). COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. doi: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.54>

Renascença (2022). Mapas e Números do Coronavírus. Atualizado a 28 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://coronavirus.rr.sapo.pt/>

Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/37650532\\_Contribuicao\\_para\\_o\\_estudo\\_da\\_adaptacao\\_portuguesa\\_das\\_Escalas\\_de\\_Ansiedade\\_Depressao\\_e\\_Stress\\_de\\_Lovibond\\_e\\_Lovibond](https://www.researchgate.net/publication/37650532_Contribuicao_para_o_estudo_da_adaptacao_portuguesa_das_Escalas_de_Ansiedade_Depressao_e_Stress_de_Lovibond_e_Lovibond)

Ruipérez, I., & Llorente P., (2002). Depressão e suicídio: frequência, importância, manifestações e suspeita, cuidados, vigilância e tratamentos especiais. In: Ruipérez I, Llorente P. *Geriatrics* (pp 243-251) Rio de Janeiro: Mc Graw-hill.

Sanchez, M. C. O., de Moraes, É. B., Valente, G. S. C., de Souza Braga, A. L., Nassar, P. R. B., & Xavier, M. L. (2020). Pandemia do Coronavírus e Atenção Primária: reflexões sobre os desafios dos gestores. *Research, Society and Development*, 9(7), e310974154-e310974154. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4154>

Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2819%2930230-0>

Santos, G., Silva, C., & Pachú, C., (2021). Impacto da pandemia de Covid19 na saúde de idosos: uma revisão narrativa. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/201202434.pdf>

Santos, P. A. D., Heidemann, I. T. S. B., Marçal, C. C. B., & Arakawa-Belaunde, A. M. (2019). A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiology-Communication Research*, 24. doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058

Santos, W., Beretta, L., Leite, B., Silva, M., Cordeiro, G., & França, É., (2020). O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(8), e190985470-e190985470. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5470>

Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. & Satici, S., (2021). Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *Int J Ment Health Addict*. (8), 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7207987/>

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41(3), 223-233. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>

Séguin, M., Manion, I., Cloutier, P., McEvoy, L., & Cappelli, M. (2003). Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 12(1), 2.Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/23494373\\_Adolescent\\_depression\\_family\\_psychopathology\\_and\\_parentchild\\_relations\\_a\\_case\\_control\\_study](https://www.researchgate.net/publication/23494373_Adolescent_depression_family_psychopathology_and_parentchild_relations_a_case_control_study)

Sequeira, C., (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Sherman, A. M., Skrzypek, A., Bell, R., Tatum, C., & Paskett, E. D. (2011). The contribution of social support and social strain to depressive symptoms in African American, Native American, and European American women. *Journal of social and personal relationships*, 28(8), 1104-1129. Disponível em: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1177/0265407511406895>

Sibai, A.; Semaan, A.; Tabbara, J; & Rizk, A., (2017). Ageing and health in the Arab region: Challenges, opportunities and the way forward. *Population Horizons*. 14(2): 73-84, Disponível em: <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/288>

Silva, A., & Lima, J., (2002). Ser Idoso: Estudo de uma População. *Geriatrics. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 14(140), 12-18.

Silva, A., Pereira, A., Gonçalves, D., Vieira, A., Medeiros, R., Altermann, C., ... & Carpes, P., (2011). Perfil cognitivo de idosos institucionalizados de Uruguai/RS. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 1185-1190. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1769>

Silva, E.; (2020). *Solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e saúde mental: um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados*. Tese de mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/130438>

Smith, B., Kerse, N., & Parsons, M. (2005). Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference?. *The New Zealand Medical Journal* (Online), 118(1214).Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.511.9110&rep=rep1&type=pdf>

Sousa, M., & Baptista, C., (2011), *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*, Lisboa, Pactor.

Spar, J., & La Rue, A., (2005). *Psiquiatria Geriátrica. Guia Prático de Medicina de Medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.

Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic–A review. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102119. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119

Stella, F., (2007). Ansiedade no idoso. In: Forlenza (Ed), *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (97-106). São Paulo: Atheneu

Steptoe, A., O'Donnell, K., Marmot, M., & Wardle, J. (2008). Positive affect and psychosocial processes related to health. *British Journal of Psychology*, 99(2), 211-227.. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1111/j.2044-8295.2008.tb00474.x>

Sterling, M. R., Tseng, E., Poon, A., Cho, J., Avgar, A. C., Kern, L. M., ... & Dell, N. (2020). Experiences of home health care workers in New York City during the coronavirus disease 2019 pandemic: a qualitative analysis. *JAMA internal medicine*, 180(11), 1453-1459. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2769096>

Stott, A. L., Brannon, S. D., Vasey, J., Dansky, K. H., & Kemper, P. (2007). Baseline management practices at providers in Better Jobs Better Care. *Gerontology & Geriatrics Education*, 28(2), 17-36. Disponível em: [https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1300/J021v28n02\\_03](https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1300/J021v28n02_03)

Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?lang=pt>

Thomas, P. A. (2010). Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(3), 351-357. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp113>

Trindade, A. P. N. T. D., Barboza, M. A., Oliveira, F. B. D., & Borges, A. P. O. (2013). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em movimento*, 26, 281-289. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/RNMm5fd6GmX3bYd3WpppYmd/?format=pdf&lang=pt>

Twigg, J. (1997). Deconstructing the 'social bath': help with bathing at home for older and disabled people. *Journal of Social Policy*, 26(2), 211-232. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1017/S0047279497004960>

Tyrrell, C. J., & Williams, K. N. (2020). The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S214. <https://doi.apa.org/fulltext/2020-41455-001.pdf>

United Nations Department of Economic and Social Affairs (2020). World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. Disponível em: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Nov/undesa\\_pd-2020\\_world\\_population\\_ageing\\_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Nov/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf)

Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1177/0963721410388395>

Van Hoof, E., (2020). Lockdown is the world's biggest psychological experiment - and we will pay the price. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/this-is-the-psychological-side-of-the-covid-19-pandemic-that-were-ignoring/>

Vilelas, J., (2009), *Investigação: o processo de construção do conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 3. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1037/0021-843X.104.1.3>

Webb, L. (2020). Covid-19 lockdown: a perfect storm for older people's mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12644>

Zimmerman, G., (2000). *Velhice - aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora

## ANEXOS

## **ANEXO A - Excertos do plano de contingência da IPSS**

## Metodologia de atuação em caso de suspeita/casos de infeção pelo COVID-19

### Serviços essenciais e respetivos recursos humanos e materiais indispensáveis:

Serviços/Atividades imprescindíveis de dar continuidade	Serviços/atividades passíveis de serem reduzidos ou fechados
Internamento/alojamento em ERPI; Serviço de Alimentação; Serviço de preparação/administração de medicação; Cuidados de saúde, higiene e conforto; Lavagem e tratamento de roupas; Serviço de limpeza/higienização do edifício; Apoio biopsicossocial aos utentes da ERPI; Serviço de Tesouraria; ↓ <b>Constituição de "equipas espelho"</b>	Centro de Dia - fechado desde 16/03/2020 Higiene Habitacional - reduzido Higiene Pessoal SAD - reduzido Serviços administrativos - reduzido Serviço Social /visitas domiciliárias - reduzido/suspenso Serviços de Fisioterapia/animação - reduzido  ERPI - fechada ao exterior e cancelamento de visitas - disponibilizando de imediato os meios tecnológicos para manter os contactos;

### Outras medidas preventivas adotadas:

Relativamente aos utentes, procedeu-se a algumas alterações, nomeadamente:

- Afastamento dos utentes durante as refeições, ficando em lados opostos, na diagonal, de forma a manter as distâncias de segurança recomendadas;
- Afastamento dos cadeirões dos utentes na sala de estar;
- Controlo de temperatura corporal dos utentes, duas vezes ao dia (manhã e tarde);

Procedeu-se também ao reforço da limpeza e desinfeção das superfícies, espaços e equipamentos de uso frequente:

Equipamento/Superfície	Frequência
Puxadores de portas, interruptores	1 vez em cada turno
Mesas e Cadeiras (refeitório)	Após cada utilização
Cadeiras	2 vezes ao dia
Cadeiras de Rodas (individuais)	2 vezes ao dia
Instalações sanitária (sanitas e lavatórios, pavimento)	3 vezes ao dia
Instalações sanitárias (pavimentos)	3 vezes ao dia
Pavimentos (salas de convívio e refeitório)	2 vezes ao dia
Recipientes do lixo	2 vezes ao dia
Portas / vidros	1 vez por dia
Pavimentos ("Alas de quartos")	1 vez por dia
Camas (grades)	1 vez por dia

### Procedimentos relativos aos serviços realizados no exterior

- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual;
- No regresso à instituição, os colaboradores devem proceder à remoção de todos os equipamentos descartáveis.
- Após a utilização da carrinha, a condutora desinfeta o volante, o manípulo das mudanças, travão de mão, puxadores das portas, botões de abrir/fechar janelas, indicadores de mudança de direção (piscas), manípulos de ligar/desligar limpa para-brisas, manípulo paralisar/desligar as luzes, botões do rádio, etc.
- Sempre que as colaboradoras tenham conhecimento que os utentes de SAD e Centro de Dia, que se encontram nos seus domicílios, recebem visitas ou tenham estado em contacto com pessoas infetadas com covid ou suspeitas de, essa situação deve ser registada, em documento próprio criado para o efeito que se encontra nas carrinhas;
- Na prestação de serviços de apoio domiciliário em que não seja possível manter o distanciamento mínimo de 1 metro, o colaborador tem de colocar viseira e avental descartável;
- As responsáveis pela entrega das refeições nos domicílios devem:
  - salvaguardar a distância de 1 metro relativamente às pessoas;
  - sempre que o utente tolerar, este deve colocar máscara cirúrgica;
  - na troca das cestas devem de imediato proceder à desinfeção das mesmas (pulverizam-nas com o produto indicado para o efeito, e só depois colocam na carrinha), seguindo-se a desinfeção das mãos;

### Situações encaminhadas para a zona de isolamento:

No âmbito da prevenção e contenção da doença, existem situações que serão encaminhadas de imediato para a zona de isolamento, entre as quais:

- Utentes que regressam à instituição após internamento hospitalar;
- Admissão de utentes com teste negativo para COVID - 19;
- Deslocações dos utentes ao exterior;
- Casos suspeitos de infeção;
- Casos confirmados a aguardar recomendações da Autoridade Saúde Local.

Durante as situações de isolamento, é necessário realizar controlo e registo de sinais e sintomas, duas vezes ao dia;

Todos os serviços e cuidados realizados aos utentes em isolamento/COVID-19 são realizados por um número restrito de profissionais destacados, os quais cumprirão as regras de proteção escrupulosamente.

### Admissão de novos utentes

Na admissão de utentes, apesar de ser exigida a realização de teste COVID19, à entrada na instituição terá de realizar 14 dias de isolamento profilático, devendo levar

para o isolamento todos os objetos pessoais que traz consigo. Durante o isolamento será feito controlo de sinais e sintomas duas vezes ao dia.

O familiar/pessoa que vem a acompanhar o utente na sua admissão não poderá entrar nas instalações da instituição. O colaborador que receber o utente e o acompanhar até à zona de isolamento, deverá encontrar-se prévia e devidamente equipado para o fazer (máscara, bata descartável, touca, viseira ou proteção ocular, luvas, touca e cobre-sapatos).

#### Alta de internamento hospitalar, saídas para consultas, serviço de urgência, realização de exames médicos e tratamentos

Os utentes que regressam à instituição após ida ao hospital, clínica ou centro de saúde são recebidos à entrada da instituição pelos colaboradores com os EPI que utilizarão dentro da área de isolamento, previamente colocados.

Se o transporte do utente for realizado por uma empresa externa, esta não entra dentro das instalações (apenas se estritamente necessário), sendo o utente transferido para a cadeira de rodas/cadeira de banho na rua e transportado para o respetivo quarto por um colaborador da instituição devidamente equipado. No quarto é trocada a roupa do utente, para posterior tratamento, e é desinfetada a cadeira utilizada no transporte e toda a área utilizada para a entrada do utente na instituição.

No caso de o transporte ser realizado pela instituição, ambos, colaboradora e utente deverão levar máscara cirúrgica durante o transporte. Aquando do regresso à instituição a colaboradora deverá proceder à correta remoção dos EPI higienização das mãos, mudança de roupa/farda e colocação de nova máscara de proteção.

#### Procedimento relativo a consultas médicas não urgentes:

É evitado, sempre que possível, o envio de utentes a consultas a Centros de Saúde e/ou hospitais, quando as mesmas não sejam urgentes ou essenciais para a prestação de cuidados ao utente.

#### Restrição das saídas de utentes ao exterior

Tendo em conta que as saídas de utentes podem implicar um maior risco de contrair a infeção por COVID-19, estas são evitadas ao máximo, e somente em situações devidamente justificadas serão permitidas, assegurando-se no regresso todas as medidas de segurança/prevenção:

- Os utentes são sensibilizados para a situação atual, explicando como as saídas são um risco concreto acrescido;
- Os utentes e familiares são informados que, no contexto atual, a saída ao exterior de um utente, por período igual ou superior a 24 horas deve cumprir os mesmos critérios de uma
  - admissão, sendo exigido, aquando o regresso, teste negativo à Covid19 e o cumprimento de isolamento profilático de 14 dias;
  - Caso o período de ausência seja inferior a 24 horas, deverá manter-se o

procedimento quanto ao isolamento profilático.

○ Dada a particular sensibilidade deste tema, que se prende com a liberdade individual dos cidadãos, mas também, e principalmente, tratando-se da segurança coletiva e dos riscos associados nas estruturas residenciais, impera a orientação da DGS que obriga a quarentena de 14 dias depois de qualquer saída de utentes das instalações.

#### Procedimento de restrição de visitantes e serviços ao interior da instituição

##### Retoma das visitas aos utentes e seu Protocolo

○ Agendamento prévio e obrigatório, através do contacto da Instituição com a Diretora Técnica ou a Fisioterapeuta da instituição;

○ Condições:

- Visitas de segunda-feira a domingo
- Duração: 15 minutos máximo
- Só é permitido um visitante de cada vez

○ Cada utente só poderá receber a visita de um familiar, uma vez por semana, sendo preferencialmente familiares de referência significativa para o utente;

○ Entre cada visita, será feita desinfeção e higienização do espaço;

○ As visitas serão realizadas em espaço exterior, sempre que possível, ou no hall de entrada da instituição – dependendo das condições meteorológicas;

○ O utente terá uma máscara disponibilizada pela instituição;

○ Regras a respeitar pelo visitante:

- Manter o distanciamento do utente de pelo menos 2 metros (conforme devidamente identificado pela instituição), não sendo permitido o contacto físico;

- Proibida a entrega de objetos pessoais e/ou géneros alimentares aos utentes;

- Obrigatório uso de máscara, preferencialmente cirúrgica – sempre que o visitante apresentar uma máscara não cirúrgica, ser-lhe-á fornecida uma pela instituição, para colocar por cima da sua, higienizando as mãos de seguida;

- Responder a um questionário antes de dar início ao tempo de visita, para averiguação de sintomatologia associada à COVID-19 e/ou contactos com suspeitos da doença;

- Se não forem cumpridas as medidas de segurança / requisitos definidos, a visita não decorrerá;

- As visitas ocorrerão sobre a orientação de uma das gestoras do procedimento, a fim de salvaguardar as orientações da DGS;

- Como o acesso de visitas ao quarto dos utentes continua restringido, os utentes que não possam fazer levantar, poderão realizar a visita através da janela do quarto; no entanto, cada situação será avaliada individualmente – dadas as condições do utente, ou as condições meteorológicas;

- Se no período de 7 dias após uma visita o visitante testar positivo à COVID19, este deve comunicar o mais rápido possível à Instituição e à Autoridade de Saúde.

### Procedimento na circunstância de haver um caso confirmado

A. Providenciar a limpeza e desinfeção (descontaminação) da área de “isolamento”;

B. Reforçar a limpeza e desinfeção, principalmente nas superfícies frequentemente manuseadas e mais utilizadas pelo doente confirmado, com maior probabilidade de estarem contaminadas. Dar especial atenção à limpeza e desinfeção do posto de trabalho do doente confirmado (incluindo materiais e equipamentos utilizados por este);

C. Armazenar os resíduos do Caso Confirmado em saco de plástico (com espessura de 50 ou 70micron) que, após ser fechado (ex. com abraçadeira), deve ser segregado e colocado num contentor de resíduos que se encontra no exterior, na lateral da instituição, para a gestão deresíduos com risco biológico;

D. A Autoridade de Saúde Local, comunica à DGS informações sobre as medidas implementadas na Empresa, e sobre o estado de saúde dos contatos próximos do doente.

### Procedimentos de atuação em caso de Isolamento por alas ou quartos

#### **Isolamento A**

Em caso de apenas < 3 utentes com sintomas compatíveis com COVID19;

➤ Isolar o(s) utente(s) com sintomas compatíveis com COVID19 em quarto de isolamento pré- definido;

➤ Prestar todos os cuidados usando EPI adequado (máscara, luvas, touca, proteção ocular, cobre-sapatos ou perneiras, bata e avental) – os materiais usados ao ser retirados são colocados num contentor identificado (COVID Grupo III) à entrada da ALA de Isolamento;

➤ A prestação de cuidados a estes utentes é realizada preferencialmente pelos mesmos colaboradores durante cada turno;

➤ O calçado deve ser desinfetado à saída do quarto;

➤ Avaliar sinais vitais (temperatura e SPO2) 1 vez por turno ou consoante indicação médica;

#### **Isolamento B**

Em caso de > 3 utentes com sintomas compatíveis com COVID19:

➤ Manter os utentes com sintomas compatíveis com COVID19 nos seus quartos;

➤ Estes utentes fazem todas as AVD’s nos seus quartos;

➤ A prestação de todos os cuidados é realizada com EPI adequado (máscara, luvas, touca, proteção ocular, cobre-sapatos ou perneiras, bata e avental), estes materiais serão retirados e colocados num contentor identificado (COVID Grupo III);

➤ A prestação de cuidados a estes utentes é realizada preferencialmente pelos mesmos colaboradores durante cada turno;

➤ O calçado deve ser desinfetado à saída do quarto;

➤ Avaliar sinais vitais (temperatura e SPO2) 1 vez por turno.

### Alteração dos espaços e serviços:

- Isolamento por Alas, limitação da zona feita pela soleira da porta de entrada da respetiva ala;
- As portas do hall de entrada permanecem sempre abertas para facilitar a passagem e comunicação, e reduzir os contactos nas superfícies;
- Utentes isolados nos quartos, não sendo permitidas saídas;
- Cada quarto deverá ter um saco do lixo à porta, não misturando os resíduos/lixo dos quartos;
- Colocação de uma mesa do refeitório por quarto, onde serão tomadas todas as refeições (nos 3 quartos onde apenas um utente come na mesa, colocar as mesas individuais de metal - utentes [REDACTED])
- Carrinho com rodas de apoio à lavandaria passa para o corredor da Ala Nova para servir de apoio, sendo desinfetado entre cada refeição/trabalho, e onde permanecerá até ao término do isolamento e sua respetiva desinfecção;
- Colocação dos carros de limpeza com material de desinfecção dentro de cada ala, das quais não poderá sair até terminar o isolamento, e ser feita a desinfecção dos mesmos;
- Colocação de uma mesa de apoio à entrada de cada Ala, antes da linha de entrada e de forma que a metade da mesa afastada seja a zona limpa, e a metade da mesa mais próxima seja a zona suja;
- Em cima da mesa fica um álcool-gel para desinfecção das mãos, e produto para desinfetar a mesa;
- Por baixo da mesa de apoio ficará um alguidar grande com água e lixívia, para colocação da loiça da respetiva ala, antes de ser levado para a cozinha – não pode ser feita a troca de alguidares, cada ala terá o seu devidamente identificado – sendo no entanto, os copos, pratos e talheres descartáveis, deitados para o lixo à porta do quarto, logo após a refeição.
- Colocação de caixotes do lixo grande com tampa e ativação por pedal à entrada de cada Ala, para que a colaboradora à saída da ala coloque de imediato os equipamentos de proteção individual (EPI) contaminados após a sua remoção;
- À entrada de cada ala, colocar um resguardo embebido em lixívia ou um tapete desinfetante;
- Lavatório de uma das casas de banho comum dos utentes, cheio com água e lixívia para colocar a viseira contaminada submersa para desinfecção da mesma – durante 10 minutos;
- Preparação de uma zona perto das alas para colocar os EPI que serão necessários colocar antes de entrar nas Alas (exemplo: mesa/secretária do ginásio);
- Durante o isolamento por Alas, o contacto com os familiares será feito pela equipa técnica que dará informações sobre a situação dos utentes;
- Programação das atividades e procedimentos de forma a minimizar o número de vezes que entram num quarto;

- No caso de entrarem materiais ou objetos para promover o entretenimento e lazer dos utentes, os mesmos só saem do quarto no final do isolamento, e após a sua desinfeção;
- A remoção de sacos de lixo contaminados de ambas as alas, serão feitos pela lateral do edifício: ALA ANTIGA - pela copa, ALA NOVA - pela saída de emergência, colocando-os diretamente no contentor de resíduos que ali se encontra;

#### Orientações sobre os recursos humanos disponíveis:

- Apenas duas colaboradoras realizam as saídas (combustível, compras, cuidados aos utentes no domicílio, entrega de refeições, etc);
- Três auxiliares de ação direta: 1 destacada para a Ala Nova, 1 destacada para a Ala Antiga, e 1 de apoio a ambas as Alas, permanece na área comum;
- No caso de haver redução da equipa (exemplo, isolamento profilático, baixa de uma colaboradora), a(o) técnica(o) responsável da equipa ativa no serviço deverá realizar horário das 8h30 às 18h30, dando apoio a ambos os turnos sempre que necessário (material em faltadentro das alas, refeições, etc);

Nota: Para além do quadro de pessoal da instituição, não temos, até ao momento, um banco de voluntários disponível para substituir possíveis ausências de colaboradores.

#### Orientações sobre a administração de refeições

- A colaboradora deverá realizar o mínimo de entradas possíveis nos quartos, e sem misturar os limpos com os sujos;
- Preparar e colocar inicialmente todas as loiças e toda a comida no carrinho de apoio;
- Distribuir a refeição completa por cada quarto e utente autónomo: água, sopa, prato principale sobremesa/fruta;
- Enquanto os utentes autónomos comem a refeição, a colaboradora deverá dar apoio aos utentes mais dependentes;
- No final de todas as refeições dadas, a colaboradora deverá dar a medicação aos utentes à medida que vai entrando no quarto para recolher toda a loiça suja, certificando-se sempre que o utente realiza a toma de medicação;
- Deverá remover os restos de comida da loiça de cada quarto para o respetivo saco do lixo que se encontra à porta;

#### Orientações sobre o tratamento das loiças

- Os pratos, copos e talheres, utilizada para a alimentação de utentes em isolamento/COVID19 será descartável, de utilização única;
- Os resíduos e sobras alimentares, assim como a louça utilizada, devem ser colocados no contentor de resíduos na área de isolamento;

- Quando não for possível utilizar loiça descartável, devem ser seguidos alguns cuidados:
  - Após retirar toda a loiça suja dos quartos, a colaboradora deverá remover todos os resíduos sólidos para o respetivo saco do lixo de cada quarto;
  - Passar toda a loiça por água, colocando-a posteriormente em alguidar com água elixívia, que será levado para a cozinha;
  - Sempre que possível, a loiça de cada Ala não deverá ser misturada ou trocada;

### Orientações sobre o tratamento de roupas

- A roupa dos utentes deve ser tratada por ala, não misturando as roupas de ambas as alas;
- Para o procedimento do tratamento da roupa são necessárias duas colaboradoras:
  - A primeira, que se encontra dentro da ala (zona suja), deverá colocar a roupa suja dentro de um saco, fechando-o;
  - A segunda, que se encontra fora da ala (zona limpa), abre um saco limpo para que a primeira coloque o saco contaminado, fechando-o de seguida e borrifando com desinfectante;
- Na lavandaria, a colaboradora que manipular a roupa suja/contaminada deverá estar devidamente equipada e protegida (bata descartável, mangas descartáveis, luvas, e proteção facial/ocular), colocando a roupa suja diretamente na máquina, e colocar os sacos usados no transporte da roupa num contentor de resíduos;

### Protocolo de limpezas e desinfeção das instalações

#### Frequência da limpeza

A limpeza de superfícies de toque frequente é realizada com detergente de base

A frequência de limpeza das superfícies de toque frequente deve ser no mínimo 6 vezes ao dia, podendo ser utilizados produtos de desinfeção rápida sob a forma de toalhetes humedecidos em desinfectante;

As partes metálicas das superfícies ou as que não são compatíveis com a lixívia, devem ser desinfectadas com álcool a 70%, para evitar a corrosão ou danificação;

O chão: lavar com água quente e detergente [REDACTED], seguido da desinfeção com solução de lixívia diluída em água, ou [REDACTED]. A frequência da limpeza deve ser no mínimo 2 vezes ao dia;

Instalações sanitárias: lavar com o [REDACTED], sendo a frequência mínima de limpeza de 3 vezes ao dia;

Após a limpeza/desinfeção, abrir as janelas para arejar e renovar o ar, ajudando também a secar mais rapidamente as superfícies.

## Limpeza e desinfeção de superfícies da área de isolamento onde esteve uma pessoa suspeita ou confirmada de covid-19

Na limpeza e desinfeção das superfícies de áreas de quarentena ou isolamento, de suspeito ou doente confirmado, deve seguir as seguintes indicações:

- Esperar pelo menos 20 minutos depois da pessoa doente, ou suspeita de estar doente sair da área de isolamento/quarentena e, só depois, iniciar os procedimentos de limpeza em segurança:
  - Preparar a solução de lixívia (hipoclorito de sódio) com concentração original de 5% ou mais de cloro livre. A solução diluída deve ser a 0,1% conforme orientação n.º 014/2020 de 21/03/2020;
  - Lavar primeiro as superfícies com água e detergente;
  - Em seguida, espalhar uniformemente a solução de lixívia nas superfícies;
  - Deixar atuar a lixívia nas superfícies durante pelo menos 10 minutos;
  - De seguida enxaguar as superfícies só com água quente;
  - Deixar secar ao ar;
  - Finalizar com uma pulverização de [REDACTED]

## Cuidados a ter com resíduos

Os resíduos produzidos pelo doente COVID-19 e os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde a doente COVID-19 serão tratados segundo a orientação da DGS n.º 012/2020 de 19/03/2020. Os resíduos produzidos por uma pessoa em quarentena ou em isolamento, merecem cuidados especiais:

- Colocação de um contentor de resíduos (caixote do lixo com tampa e ativação com pedal) com saco de plástico no quarto/zona de isolamento em que a(s) pessoa(s) se encontra em quarentena ou isolamento;
- Todos os resíduos produzidos pela pessoa em quarentena ou isolamento devem ser colocados exclusivamente nesse contentor de resíduos de abertura não manual disponibilizado para o efeito;
- Os resíduos nunca devem ser calcados, nem deve ser apertado o saco para sair o ar. O saco de plástico apenas deve ser cheio até 2/3 da sua capacidade e deve ser bem fechado com uma braçadeira bem apertado e preferencialmente, com um atilho ou adesivo, devendo de seguida ser colocado dentro de um segundo saco, fechado de igual forma;
  - Os sacos não podem, de modo algum, ser arrastados pelo chão;
  - Os sacos devem ser colocados em contentores de resíduos, que se encontram na parte de trás do edifício – após 24 horas da sua produção podem ser colocados em contentores de resíduos coletivos;

## Procedimento POST MORTEM, preparação do cadáver

O Procedimento inicial *post mortem* de suspeito ou caso positivo COVID-19 é o mesmo que em qualquer outro falecimento na instituição – entra-se de imediato em contacto com o médicoassistente da instituição [REDACTED]

[REDACTED] contacta os familiares aos quais, após se dar a notícia, pede que escolham qual a agência funerária a contactar, ficando esse contacto da sua responsabilidade ou delegando na instituição esse serviço.

Após estes contactos iniciais, o procedimento *post mortem* de um utente com suspeita ou confirmação de COVID-19, requer cuidados especiais, nomeadamente:

- Durante os cuidados ao cadáver, só devem estar presentes no quarto ou área, os profissionais estritamente necessários, todos devidamente equipados;
- Os profissionais devem usar touca e proteção facial / óculos de proteção, respirador FFP2/KN95, bata impermeável, comprida e de mangas compridas, luvas de nitrilo/luvas duplas de nitrilo, manguitos e cobre botas;
- Registrar os nomes, data, e atividade de todos os trabalhadores que participaram nos cuidados *post mortem* incluindo a limpeza do quarto/zona de isolamento, para acompanhamento futuro, se necessário;

## **ANEXO B - Alterações do plano de contingência da IPSS**

## PROCEDIMENTO PARA VISITAS

As visitas de familiares e amigos são permitidas e aconselhadas, de acordo com as normas estabelecidas pela DGS

- ✓ Agendamento prévio e obrigatório, através do contacto da Instituição:
- ✓ Condições:
- ✓ Visitas de segunda-feira a domingo
- ✓ Duração: 30 minutos máximo
- ✓ Cada utente pode ter mais que uma visita semanal ( até ao máximo de 3 marcações por semana, salvaguardando-se sempre que é garantido a todos os utentes a oportunidade de ter visitas);
- ✓ As visitas são realizadas em espaço exterior, sempre que possível, ou no hall de entrada da instituição – dependendo das condições meteorológicas;
- ✓ São permitidas até ao máximo de 4 pessoas em simultâneo se a visita decorrer no exterior, ou 2 pessoas se a visita decorrer no Hall da instituição (e nesse período de visita é possível repartir os 30 minutos por outros visitantes ao mesmo utente);
- ✓ Aos utentes acamados só é permitida uma visita de cada vez, mas os 30 minutos da visita podem também ser repartidos por mais que uma pessoa;
- ✓ Regras a respeitar pelos visitantes:
  - Manter distanciamento do utente, evitando o contacto físico;
  - Será permitido aos familiares trazerem ao utente géneros alimentares, preferencialmente embalados, peças de vestuário, produtos de higiene, entre outros desde que autorizados, que serão, obrigatoriamente, entregues à colaboradora que acompanha a visita, que procederá depois à desinfeção das embalagens antes de entregar ao utente – ficando por norma 24 horas de repouso em local destinado para o efeito.
  - Obrigatório uso de máscara, preferencialmente cirúrgica, que deve trazer e colocar momentos antes do início da visita, higienizando as mãos de seguida;
  - O utente visitado também deverá usar máscara, de forma a ser possível permitir uma maior aproximação ao familiar;
- ✓ As visitas decorrerão sobre a supervisão de uma colaboradora destacada para o efeito, a fim de salvaguardar as orientações da DGS;
- ✓ Se não forem cumpridas as medidas de segurança / requisitos definidos, a visita é suspensa;

### **SAÍDAS / DESLOCAÇÕES OS UTENTES AO EXTERIOR DA INSTITUIÇÃO:**

#### 1- Períodos inferiores a 24h:

a) O utente que sai da instituição deve usar máscara e ser sempre, previamente, aconselhado pela colaboradora de serviço a manter no exterior o comportamento preventivo de qualquer risco de infeção.

b) É permitido ao utente sair da instituição acompanhado por um familiar, ou eventualmente, sozinho – ir a sua casa ou a casa de um familiar, não sendo obrigado a

isolamento, se tiver esquema completo da vacina contra COVID 19 ou história de infeção por SARS CoV2 há menos de 90 dias.

c) O utente também poderá sair acompanhado por um familiar para consultas, exames, tratamentos ou em situação de doença aguda com necessidade de deslocação ao hospital. d) Se o utente não tiver ainda cumprido o esquema de vacinação e/ou não tenha tido infeção por SARS CoV2 nos 90 dias anteriores, só poderá sair da instituição, acompanhado por colaborador, para tratar de problema de saúde ou outro motivo imprescindível e inadiável.

e) A colaboradora de serviço deverá registar, na folha de registos indicada, a saída e o regresso do utente, onde constará a hora, a identificação do ou dos acompanhantes e um contacto telefónico.

#### 2- Períodos superiores a 24h:

a) Se o utente estiver ausente, por motivos de saúde - internamento ou tratamentos prolongados - terá de cumprir um isolamento profilático de 14 dias e fazer teste laboratorial com resultado negativo, no regresso, se ainda não tiver o esquema vacinal completo, ou não tiver história de infeção por SARS CoV2 ou tenha tido, mas há mais de noventa dias.

Nota: quando se verifique incapacidade por parte dos utentes no cumprimento das normas exigidas aquando das saídas ao exterior, poderá ter que ser imposto o cumprimento do isolamento de 10 dias.

### **ADMISSÃO DE NOVOS UTENTES**

1)- Entre outros documentos, deve ser apresentado um teste laboratorial molecular para SARS Cov2 negativo, realizado com um máximo de 48h de antecedência, para quem não tenha história de infeção do vírus nos últimos 90 dias.

2) - Os candidatos não vacinados contra a COVID19 e sem história de infeção por SARS CoV2 nos últimos 90 dias, devem cumprir um isolamento no quarto de 14 dias.

3)- Ainda que o resultado do teste apresentado seja negativo, o residente admitido deve permanecer em isolamento profilático por 14 dias.

4) - O candidato que, no momento da admissão, já cumpriu nos últimos 90 dias os critérios de fim de isolamento, não necessita de apresentar um teste negativo e fica dispensado do período de isolamento.

## **ANEXO C - Teste de declínio cognitivo de 6 itens**

Leia e coloque as questões que se seguem:

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
Peça a pessoa que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, Rua da Sofia, nº 42, Coimbra. Repetir 3 vezes.		
3. Que horas são (aproximadamente)? Tolera-se margem de erro de 1 hora.	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1. Tolera-se se identifica e corregi de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa. Tolera-se se identifica e corregi de imediato o erro.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

**Pontos de corte**

**Deterioração cognitiva [atendendo ao nível de escolaridade] se:**

[≤ 2 anos de escolaridade] ≥ 12;

[ 3 a 6 anos de escolaridade] ≥10;

[≥ 7 anos de escolaridade] ≥ 4.

**Deterioração cognitiva [não atendendo ao nível de escolaridade] se: ≥10;**

Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. D. S., Silva, R. C. G. D., Santos, E. J. F. D., & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & mental health*, 22(9), 1190-1195. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1080/13607863.2017.1348473>

## **ANEXO D - Inventário de ansiedade geriátrica**

## Inventário de Ansiedade Geriátrica (IAG)

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2. Tenho dificuldades em tomar decisões		
3. Sinto-me inquieto(a) muitas vezes		
4. Tenho dificuldade em relaxar		
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações		
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante		
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago		
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores		
10. Sinto-me muitas vezes nervoso (a)		
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)		
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante		
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa		
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior		
15. Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente		
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida		
17. Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações		
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago		
19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado		
20. Muitas vezes sinto-me aflito(a)		

Pontuação do IAG: 1 ponto para as respostas Concordo em todas as questões

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2006). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. Versão experimental: Espírito-Santo, H., & Daniel, F. (2010) disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/675/2/GAI.pdf>

## **ANEXO E - Escala de depressão geriátrica de Yesavage versão curta 15 itens**

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias:

	Pontos	Tempo de aplicação 6 Minutos
Sem depressão	0-5	
Depressão ligeira	6-10	
Depressão grave	11-15	

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maioria do tempo sente-se de bom humor?	0	1
6	Tem medo que algo de mau lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhor que o Sr. / Sr <sup>a</sup> . ?	1	0

Núcleo de Estudo de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, (s.d).  
 Avaliação Geriátrica. Disponível em:  
[https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

## **ANEXO F - Escala de ansiedade, depressão e stresse versão de 21 Itens**

<p>Por favor, leia cada uma das afirmações em baixo, e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si <b>durante a semana passada</b>. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.</p> <p>A classificação é a seguinte:                  0- Não se aplicou nada a mim                  1- Aplicou-se a mim algumas vezes                  2- Aplicou-se a mim muitas vezes                  3- Aplicou-se a mim a maior parte das vezes</p>				
1. Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar a iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem ter feito exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!**

Pereira, R., (2014). A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17177>

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A - Explicação do processo de seleção e triagem das pessoas idosas admitidas a estudo**

Dos 26 utentes que residem na ERPI no mês de Outubro de 2021, foram excluídos numa primeira fase 12 pessoas.

Dessas 12 pessoas, 2 deram entrada na instituição nos últimos dez meses, e portanto não respeitam o critério de inclusão da data de entrada na ERPI, ou seja, um ano antes do início da pandemia.

5 dos doze utentes que não integraram a fase inicial do estudo, fizeram-no por apresentarem demência diagnosticada, estando medicados com um ou mais fármacos para a demência. Dessas cinco, uma tinha ainda diagnosticado transtorno bipolar, sendo que outra tinha sofrido também um AVC.

3 dos 12 residentes, tinham diagnóstico médico primário de AVC, sendo que como resultado do mesmo, ficaram acamados, totalmente dependentes de terceiros, ambos com afasia global.

Um dos residentes, resultado de convulsões repetidas apresenta afasia global, sendo que apesar de não ter demência diagnosticada encontra-se medicado com fármacos para a demência.

Um outro residente, por ter sido submetido a cirurgia cerebral com complicações cirúrgicas apresenta perturbações graves da compreensão e expressão o que impossibilita toda e qualquer recolha de dados.

Assim, e após análise do processo clínico dos residentes, foram admitidos à primeira fase de seleção, ou seja à aplicação do teste de declínio cognitivo 14 pessoas. Dessas 14 pessoas, 5 estão medicadas com fármacos para a demência. No entanto, foram admitidas à aplicação do teste de declínio cognitivo por não terem diagnóstico médico de demência no processo clínico do utente e terem capacidades de compreensão e expressão que possibilitem a aplicação do referido exame. Destas 14 pessoas 4 são do género masculino e 10 do género feminino, sendo a média de idades dos homens de 79 e a das mulheres de 89 anos de idade.

Após aplicação do teste de declínio cognitivo, foram admitidos a estudo 7 sujeitos, uma vez que a pontuação mínima no referido instrumento foi de 16 pontos, que correspondem a deterioração cognitiva, impossibilitado dessa forma a admissão na respetiva investigação.

## **APÊNDICE B - Pedido de autorização ao Ex. Sr. Presidente da IPSS**

## PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Castelo Branco, 16 de Outubro de 2021

Ex<sup>m</sup> [REDACTED]

Presidente [REDACTED]

Artur Martins Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e aluno do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, vêm por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para desenvolver um estudo.

O estudo que pretendo desenvolver intitula-se **“Saúde mental das pessoas idosas e dos seus cuidadores formais numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas em período de Covid-19.”**

Tem como objetivo avaliar o impacto que a pandemia de Covid-19 teve na saúde mental da população idosa e dos cuidadores formais desses idosos. Para a concretização deste projeto, pretendia consultar o processo dos utentes de forma a selecionar os que possam estar aptos para a realização do estudo, e após seleção dos sujeitos, aplicar alguns instrumentos de recolha de dados.

Além disso, pretendia solicitar aos cuidadores formais da ERPI da associação que dignamente preside para que caso o assim entendam queiram colaborar com a presente investigação.

Importa referir e salientar, que em todo o caso, os dados recolhidos são confidenciais e a participação no referido estudo é sempre voluntária, tendo quer a pessoa idosa quer os cuidadores formais o direito a recusar participar no mesmo a qualquer momento.

Neste sentido, solicito a Vossa Excelência que se digne autorizar a realização do referido estudo, a desenvolver no mês de setembro do corrente ano, bem como assegurasse as condições para a realização do mesmo.

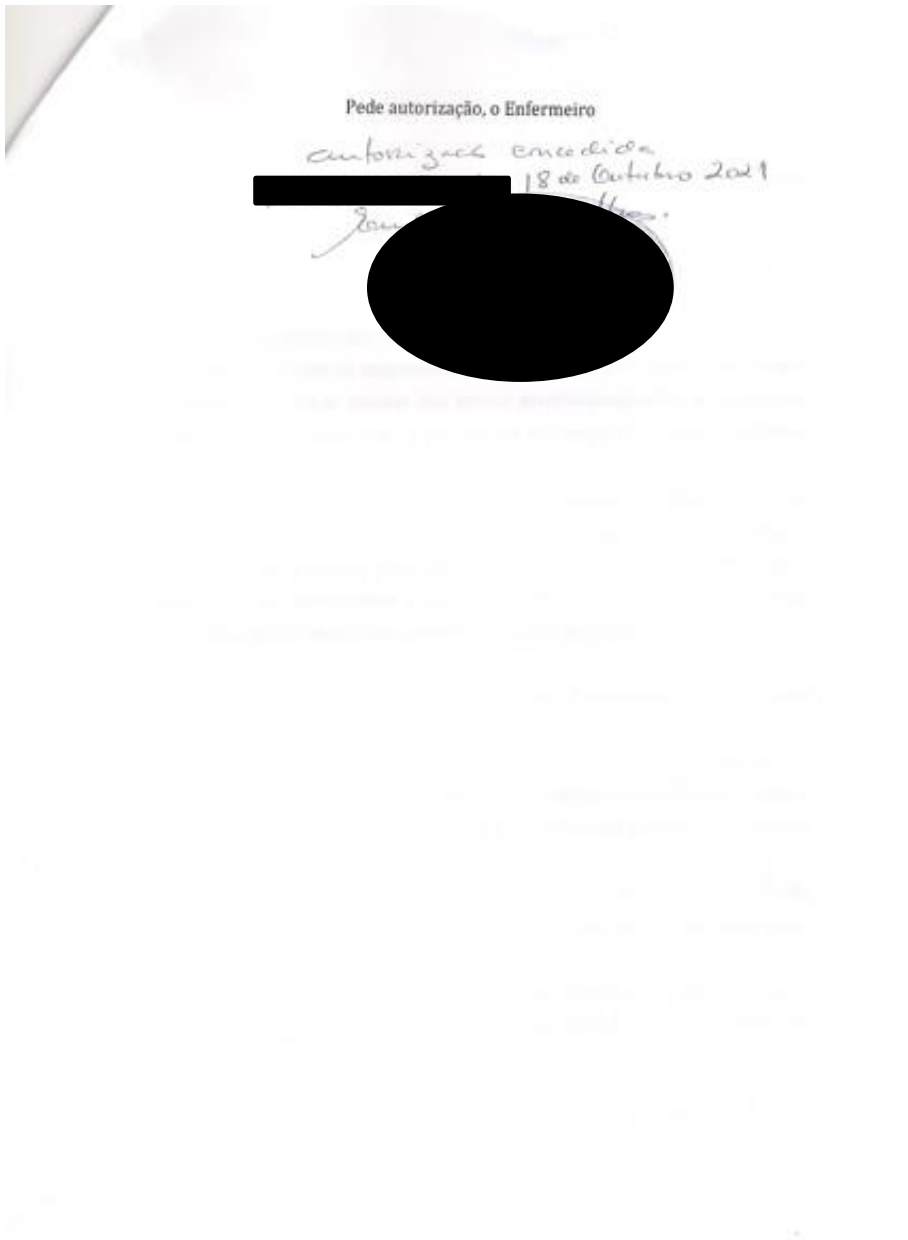
Sem outro assunto de momento, aguardo a sua resposta e agradeço a atenção dispensada por V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, estando disponível para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Ao dispor deixo o endereço eletrónico e o número de telemóvel.

[REDACTED]

Pede autorização,

## **APÊNDICE C - Autorização para a realização do estudo**



## **APÊNDICE D - Carta explicativa do estudo**

**Instituto Politécnico de Castelo Branco**  
**Escola Superior de Educação de Castelo Branco**  
**Mestrado em Gerontologia Social**

Carta Explicativa do Estudo

**Tema:** Saúde mental das pessoas idosas e dos seus cuidadores formais numa Estrutura Residencial para pessoas idosas em período de Covid-19.

**Mestrando:** Artur Martins, aluno do 2º Ano de Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação do IPCB, sob orientação do Professor Vítor Pinheira.

Este estudo tem como objetivo compreender qual o impacto que a pandemia provocada pela Covid-19 tem na saúde mental dos idosos institucionalizados na ERPI [REDACTED] e nos seus cuidadores formais.

A realização do mesmo poderá justificar-se pela necessidade de compreender se a pandemia de covid-19 afetou de alguma forma a saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas, bem como se afetou também a saúde mental dos cuidadores formais desses idosos.

Para a realização deste estudo, e num primeiro contacto com os intervenientes será dada uma explicação geral sobre o objetivo e metodologia da investigação. Posteriormente, serão recolhidos os seus dados pessoais e outras informações através de um questionário de dados gerais.

Aos cuidadores formais e após o preenchimento do questionário de dados gerais, será aplicada a escala de Ansiedade Depressão e Stresse de 21 itens. Posteriormente serão realizadas algumas questões sobre a pandemia e os seus eventuais efeitos na saúde mental.

Aos idosos, após o preenchimento do questionário de dados gerais, será aplicado o Inventário de Ansiedade Geriátrica, e a Escala de Depressão dos Idosos terminando com a realização de uma entrevista.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária.

O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem para os participantes do mesmo.

Se decidir participar no estudo, poderá abandoná-lo a qualquer momento sem qualquer tipo de represália, sendo que se decidir não participar no mesmo

Se decidir não participar no estudo, não haverá qualquer alteração da sua relação com a instituição.

Todos os dados recolhidos durante o estudo serão avaliados e tratados de forma confidencial, sendo conservados à responsabilidade do investigador.

Obrigado pela sua colaboração.

## **APÊNDICE E - Consentimento informado**

**Instituto Politécnico de Castelo Branco**  
**Escola Superior de Educação de Castelo Branco**  
**Mestrado em Gerontologia Social**

Consentimento Informado

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos em carta anexa me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais.

Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Foi-me garantido que os dados que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial e nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a minha identidade, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo. Sabendo também que, caso não participe no estudo, ou o abandone, a qualidade dos cuidados a mim prestados não será em nada afetada.

Pelo presente documento, eu consinto a minha participação plena neste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

\_ / \_ / \_

Obrigado pela sua colaboração.

## **APÊNDICE F - Questionário de dados gerais das pessoas idosas**

**Instituto Politécnico de Castelo Branco**  
**Escola Superior de Educação de Castelo Branco**  
**Mestrado em Gerontologia Social**

Questionário de Dados Gerais

A presente investigação tem como objetivo **avaliar o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas na ERPI [REDACTED] e dos seus cuidadores formais.**"

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais.

1. Idade: \_\_\_\_
2. Género (Masculino/Feminino)
3. Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever; 4ª classe; superior à quarta classe; 9º ano, 12º ano, Ensino Superior;
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Estado civil: Casado; Viúvo, Solteiro, Separado; Divorciado;
6. Data de hoje: \_\_\_\_\_
7. Dia da semana: \_\_\_\_\_
8. Nome da instituição: \_\_\_\_\_
9. Número de anos na instituição: \_\_\_\_\_
10. Qual o motivo que de entrada no lar: \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração.

## **APÊNDICE G - Questionário de dados gerais dos cuidadores formais**

**Instituto Politécnico de Castelo Branco**  
**Escola Superior de Educação de Castelo Branco**  
**Mestrado em Gerontologia Social**

Questionário de Dados Gerais

A presente investigação tem como objetivo **avaliar o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas na ERPI** e dos seus cuidadores formais.”

As respostas ao questionário são anónimas e confidenciais.

Nas questões de escolha múltipla, selecione a que se adequa à sua situação.

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Género (Masculino/Feminino)
3. Habilitações Literárias: Não sabe ler nem escrever; Sabe ler e escrever; 4ª classe; superior à quarta classe; 9º ano, 12º ano, Ensino Superior;
4. Teve formação específica dirigida esta atividade profissional? Sim:\_\_\_ Não:\_\_\_
5. Estado civil: Casado; Solteiro; Viúvo, Separado; Divorciado;
6. Categoria Profissional:\_\_\_\_\_
7. Realiza trabalho por turno: Sim:\_\_\_ Não: \_\_\_
8. N.º de dias de trabalho semanal: \_\_\_\_\_
9. N.º de dias de descanso semanal: \_\_\_\_\_
10. Número de meses/ anos que trabalha na ERPI: \_\_\_\_\_
11. Grau de satisfação com o trabalho: mau; razoável; bom; muito bom;
12. Já lhe foi diagnosticada ansiedade: Sim:\_\_\_? Quando?\_\_\_\_\_ Não:\_\_\_\_\_
12. a) Se respondeu que sim na questão anterior, foi lhe prescrita alguma terapêutica: Sim:\_\_\_ Não:\_\_\_
13. Já lhe foi diagnosticada depressão: Sim:\_\_\_? Quando?\_\_\_\_\_ Não:\_\_\_\_\_
13. a) Se respondeu que sim na questão anterior, foi lhe prescrita alguma terapêutica: Sim:\_\_\_ Não: \_\_\_
14. Tem alguma doença de outra ordem diagnosticada: Sim:\_\_\_  
Qual?\_\_\_\_\_ Não:\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração.

## APÊNDICE H - Guião de entrevista às pessoas idosas

**Instituto Politécnico de Castelo Branco**  
**Escola Superior de Educação de Castelo Branco**

**Mestrado em Gerontologia Social**

Guião de Entrevista para as Pessoas Idosas

A presente investigação tem como objetivo avaliar o impacto que a pandemia de Covid-19 tem na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas na ERPI [REDACTED] e dos seus cuidadores formais.

**As suas respostas serão anónimas e confidenciais.**

Questões:

**1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

- a) O Sr.<sup>o</sup> / Sr.<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19? \_\_\_\_\_
- b) Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?  
\_\_\_\_\_

**2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

- a) Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?  
\_\_\_\_\_
- b) Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?  
\_\_\_\_\_

**3 Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

- a) O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?  
\_\_\_\_\_

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

- a) Como viveu esta situação?  
\_\_\_\_\_

b) O que lhe custou mais?

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

a) Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

---

#### **6) Questões relacionados com sentimentos**

a) Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

---

b) Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infectado pelo vírus?)

---

c) O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

---

d) Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

---

e) Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?

---

#### **7) Questões viradas para o futuro**

a) Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?

---

Obrigado pela sua colaboração

## **APÊNDICE I - Transcrição das entrevistas realizadas às pessoas idosas**

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito A, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

**P:** O Sr.<sup>o</sup> / Sr.<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19?

**R:** O Covid? O covid é o mal, o mal que anda por ai, uma doença.

**P:** Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?

**R:** De risco?!!! Não sabia, eu julguei que isso não tinha idade. Eu já levei uma vacina, ao tempo. A temperatura está sempre boa, está sempre nos 36<sup>o</sup>c.

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

**P:**Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?

**R:** Parece que não deixei de fazer nada diferente. Como a mesma coisa, tomo os mesmos medicamentos, é o que há.

**P:**Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?

**R:** Por causa da pandemia acho que não. Deixei de fazer foi por causa dos tremores, dos tremores das mãos, por causa da tiroide. Gostava de costurar e agora já não consigo, as mãos tremem-me muito.

### **3) 3 Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

**P:**O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?

**R:** O que me custou mais foi não ver a minha família, mas não tenho família chegada. Não tenho filhos, o meu irmão já faleceu. Tenho sobrinhos, mas as mulheres nem me falam, querem é dinheiro., mas isto não foi por causa do covid. Por causa do covid não.

Eram pra vir cá, depois quando pudemos ter outra vez visitas, eu disse que não tinha cá dinheiro para lhes dar, nunca mais disseram nada!

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

P: Como viveu esta situação?

R: Eu não me lembro de ter estado fechada no quarto 14 dias.

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

P: Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

R: Não me lembro, não me lembro de ter estado nessa situação.

**6) Questões relacionados com sentimentos**

P: Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

R: Eu não gosto de ver isso, não gosto de ver televisão. Essas notícias eu não gosto de ver.

P: Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

R: Medo?? Medo da pandemia? Eu não. A temperatura está sempre boa e medem a tensão!!

P: O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

R: Eu já tinha poucas visitas, isso não me faz diferença. Tinha um sobrinho que me vinha cá ver, eu disse-lhe que ele não podia cá entrar e que eu não tinha cá dinheiro para lhe dar, nunca mais disse nada Sr. Enfermeiro, nunca mais!!!!

**P:Acha que durante a pandemia esteve mais triste?**

**R:** Mais triste? Não, foi igual.

**P:Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?**

**R:** Para a depressão que eu saiba não.

## **7) Questões viradas para o futuro**

**P:Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?**

**R:** Pouca. Antigamente ouvia-se um ditado: “ a 2000 chegarás, de 2000 não passarás”. Tudo tem um fim, e o mundo tem um fim também. Nunca houve tanta gente separada, às vezes as pessoas tratam melhor os cães que as pessoas. Antigamente a gente era mais saudável e mais alegre. Tratava-mos dos nossos pais e dos nossos avós., agora já não é nada assim.

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito B, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

P:O Sr.º / Srª. sabe o que é a Covid-19?

**R:** Não sei, é esta doença que anda ai agora. Graças a deus não nos deu cá, por isso não sei o que é.

P:Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?

**R:** Ah! Estávamos mais sujeitos isso eu sabia sim.

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

P:Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?

**R:** Na altura em que estávamos fechados, estava irritada, mas olha paciência. Mas não deixei de fazer nada nessa altura.

P:Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?

**R:** Nessa altura não ia a casa, não fui a casa durante um ano e tal. Custou-lhe muito? Assim, assim. A gente sabe que não podia la ir, que tinha que estar fechada.

### **3) Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

P:O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?

**R:** Eu sei lá. O que mais me custou foi ter que ficar fechada. Comer nunca nos faltou por isso.

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

**P:** Como viveu esta situação e o que lhe custou mais?

**R:** Lembro me bem. Custou-me la estar, mas sabia que tinha que la estar. A gente presa é outra coisa. A gente sabe que tinha que estar fechada, mas volta e meia eu metia o nariz la fora. A Ti E... é que volta e meia saia de lá, tinham que andar sempre a dizer lhe pra ir pro quarto. Ta doida!!!

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

**P:** Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

**R:** Eu nunca estive nessa situação.

**6) Questões relacionados com sentimentos**

**P:** Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

**R:** Ah sim, andei mais ansiosa, mas sei lá. Esta porcaria não abatia, era cada vez mais aumentada. Agora já não, agora já ando mais calma.

**P:** Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

**R:** Eu não tive medo! Teve medo de ficar doente? Ah, isso tive, mas a nossa Dr<sup>a</sup> teve sempre tudo muito acautelado.

**P:** O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

**R:** Isso, valha me deus. Isso custou me muito. Isso foi o que mais me custou. Agora já não, agora vejo-os de 8 em 8 dias.

**P:** Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

**R:** Um bocado. ☹️

**P:** Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?

**R:** Não.

### **7) Questões viradas para o futuro**

**P:** Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?

**R:** Eu acho que sim, vamos ver. Isto são coisas que acontecem.

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito C, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

**P:** O Sr.<sup>o</sup> / Sr<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19?

**R:** Sim, é esta epidemia que anda ai não é? Este vírus.

**P:** Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?

**R:** Eu sei Sr. enfermeiro, eu sei,

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

**P:**Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?

**R:** É quase igual, eu também já saia pouco. Parece que já estou aqui habituada, já nem gosto de ir a casa nem nada.

**P:**Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?

**R:** Foi tudo igual!

### **3) Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

**P:**O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?

**R:** Parece que não me custou nada. Era preciso fazer isto, ou aquilo tínhamos que fazer. Tive sempre a preocupação de fazer o que nos mandavam, o que era bom para nós. Graças a Deus na minha família não houve nada.

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

P: Como viveu esta situação e o que lhe custou mais?

**R:** A mim não me custou nada. Estava era preocupada que a gente tivesse o pior. Havia pessoas que não queriam lá estar, mas eu cumpri. Eu queria era que a gente não tivesse nada.

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

P: Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

**R:** Estive lá duas vezes, parece-me. A mim não me custou nada, tinha que lá estar, conformei-me.

**6) Questões relacionados com sentimentos**

P: Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

**R:** Sim, sim, com a minha família que apanhasse também.

P: Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

**R:** Medo, medo não. Eu preocupava-me mas não era medo.

P: O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

**R:** Não, conformei-me sempre com o que era bom para nós. Eu sabia que eles estavam bem, de vez em quando telefonava ao meu filho, à minha neta e a minha nora.

P: Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

**R:** talvez.

P: Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?

**R:** Acho que não.

## **7) Questões viradas para o futuro**

**P: Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?**

**R:** Tenho sim, tenho esperança. Mal de nós se isto não passa. Eu já sou velha, mas lembro me muito das criancinhas.

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito D, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

**P: O Sr.<sup>o</sup> / Sr.<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19?**

**R:** É uma malina que apareceu no mundo. A gente não vé nada, mas eu acho que é.

**P: Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?**

**R:** Não, não sabia.

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

**P:Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?**

**R:** Umas coisas era tudo igual. Também tirava o ânimo da gente sem saber o que pensar, sem saber o que esperar.

**P:Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?**

**R:** Quando tinha o problema dos estomago e tinha que ir ao hospital, tinha que que ir pro quarto. Era diferente do que estar aqui, umas coisas era pra melhor e outra era pra pior.

### **3) Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

**P:O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?**

**R:** Estávamos habituados com a nossa família, e eles connosco e isso deixou de poder acontecer. Isso chocou-me um bocado, até que a gente se mentalizou.

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

P: Como viveu esta situação e o que lhe custou mais?

R: Oh, custou um bocado, mas estava no quarto com a Maria X e tínhamos todos que lá estar.

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

P: Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

R: Lembro e bem, Chorei muito. Estar ali fechada e não poder sair, não poder falar com ninguém, nem poder ver ninguém. Nem com a família, e não perceber porque. As vezes foram muitas. Custou me tanto!

**6) Questões relacionados com sentimentos**

P: Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

R: Andava, por causa da família e de mim.

P: Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

R: Tinha medo, era um viver muito diferente do que conheci toda a vida, nunca tinha passado por uma coisa assim.

P: O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

R: Sim, fazia-me muita falta conviver com eles.

P: Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

R: Andava, andava sim senhor enfermeiro.

**P:Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?**

**R:** Não me lembro, acho que não.

### **7) Questões viradas para o futuro**

**P:Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?**

**R:** Não sei Sr. enfermeiro, não sei. As coisas já têm tanto tempo, já esta a andar a tanto tempo e nunca mais param. Não sei.

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito E, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

P: O Sr.<sup>o</sup> / Sr.<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19?

R: O Covid é uma doença rara.

P: Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?

R: Sim, pode atacar-nos mais que a qualquer outra pessoa.

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

P:Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?

R: Sim, estragou-me a vida. Porque agora estou infeliz. Tinha uma vida boa e agora está estragada. Está estragada porque queria ir pra casa, pro pé da minha família, queria fazer fisioterapia e não posso, a minha família não me leva pra casa porque não consigo fazer as coisas sozinho.

P:Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?

R: Tudo, não faço nada de valor a não ser comer e dormir.

### **3) Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

P:O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?

R: Estar fechado.

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

P: Como viveu esta situação e o que lhe custou mais?

**R:** Triste por estar fechado. O que me custou mais foi estar fechado.

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

P: Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

**R:** Estive nessa situação uma vez por ter tido uma consulta no hospital. O que me custou mais foi estar fechado.

**6) Questões relacionados com sentimentos**

P: Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

**R:** Andei mais ansioso, com o medo de apanhar a pandemia.

P: Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

**R:** Tive medo de apanhar o bicho.

P: O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

**R:** Sim, porque queria ter relação com eles, queria estar com eles e não podia.

P: Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

**R:** Andei sim, por tudo o que lhe disse.

P: Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?

**R:** Não.

## **7) Questões viradas para o futuro**

**P: Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?**

**R:** Eu penso que sim, mas nisto tem que haver gente por trás. Uma coisa destas tem que ter gente por trás. Eu não sei, mas tem que haver.

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito F, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

**P: O Sr.<sup>o</sup> / Sr.<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19?**

**R:** Sim, é um vírus.

**P: Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?**

**R:** Sim, eu já sabia disso.

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

**P:Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?**

**R:** Não.

**P:Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?**

**R:** Não, foi tudo igual.

### **3) Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

**P:O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?**

**R:** O que me custou mais foi ter de estar fechado no quarto.

**4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

P: Como viveu esta situação e o que lhe custou mais?

**R:** Eu estive bem. Estava acompanhado, estava bem. A mim não me custou nada. O companheiro tinha rádio, estava bem. Agora deu cabo dele, tenho que lhe perguntar se funciona ou não.

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

P: Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

**R:** Sim, estive uma vez nessa situação. Estar fechado no quarto foi o pior que me podia ter acontecido e se não fosse o Artur, se calhar ainda hoje lá estava. Nessa altura senti ansiedade, mal-estar, não estava bem oh Artur.

**6) Questões relacionados com sentimentos**

P: Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

**R:** Só quando estive fechado no quarto, fora isso estive bem.

P: Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

**R:** Eu não!!! Medo do que?? Quem tem medo é o companheiro do quarto, até no quarto tem medo.

P: O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

**R:** Não poder ter visitas foi duro. Custou-me um bocado não ver o meu filho em Agosto, isso foi duro. Estar o ano todo sem ver o filho, oh artur!! Este ano já cá estive, mais a nora e o filho.

P: Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

**R:** Não.

**P:Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?**

**R: Não.**

### **7) Questões viradas para o futuro**

**P:Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?**

**R: Eu acho que sim!!**

## **Transcrição da Entrevista do Sujeito G, realizada no dia 25 de Outubro de 2021**

### **1) Questões relacionada com o conhecimento da COVID-19:**

**P:** O Sr.<sup>o</sup> / Sr<sup>a</sup>. sabe o que é a Covid-19?

**R:** Sim, é isso do micróbio que anda aí. Eu gosto muito de ver Tv.

**P:** Sabe que por ter mais de 65 anos faz parte do grupo de risco para complicações graves provocadas pela Covid-19?

**R:** Tanto podem ficar os velhos como os novos, as doenças apanham qualquer pessoa.

### **2) Questões relacionadas com alterações na rotina diária relacionadas com a pandemia:**

**P:** Houve alterações na sua rotina diária provocadas pela pandemia?

**R:** Não. A gente só tem medo de andar na rua à vontade. A gente está sempre com medo.

**P:** Deixou de realizar algumas atividades devido à pandemia?

**R:** Gosto muito de andar de comboio, de viajar e por causa do micróbio não pude.

### **3) Questões relacionadas com o isolamento social:**

Sabemos que a pandemia implicou isolamento social. Também aqui na ERPI houve necessidade de estarem isolados, ou seja de estarem impossibilitados de ter visitas, de estar com as famílias, de fazer atividades ao lar livre entre outras coisas.

**P:** O que lhe custou mais neste tempo todo em que estive isolado /a?

**R:** Ainda nos estão a fazer isso, ainda não nos deixam ir a rua à vontade. Isso custa-me muito. O meu filho levava-me ali a casa, a minha casa, e as vezes a lisboa e nunca mais me levou a lado nenhum.

### **4) Aqui no lar, por uma vez houve necessidade de todos os utentes estarem confinados ao quarto por um período de 14 dias.**

**P:** Como viveu esta situação e o que lhe custou mais?

**R:** A mim custou-me um bocadinho. Não deixavam estar com os outros. Eu estava a porta do quarto, mas não era igual.

**5) Também sabemos que em alguns casos houve necessidade de cumprirem 14 dias de isolamento, ou seja de estarem 14 dias num quarto sem contacto com os outros residentes.**

P:Se teve nesta situação alguma vez pode dizer me o que sentiu, como viveu esta situação?

**R:** Pois, era quando a gente saía à rua tinha que ficar 14 dias e depois, só de ir à rua. Depois de vir da rua já não nos deixavam estar com os outros. Custou-me muito estar sempre no mesmo sítio. Eu estive lá duas vezes. Até tinham um sinal no corredor e tudo para não passar, mas eu passava. Eu gosto muito de andar na rua.

## **6) Questões relacionados com sentimentos**

P:Teve momentos de ansiedade relacionados com a pandemia? (Ex: com os elevados números de mortos entre os mais idosos)?

**R:** No princípio andávamos mais nervosos. Agora não. Aqui não tem morrido ninguém com isto. Nas notícias tenho visto que tem morrido tanta gente. E no Brasil? Tem sido uma raia. Há 100 anos houve a pneumónica, também morreu muita gente.

P:Alguma vez teve medo durante a pandemia? (Ex: Medo de ficar doente, de ter algum familiar infetado pelo vírus?)

**R:** Tive medo disto da bicharada, ah pois tive, estava a morrer bastante gente. É nas notícias que a gente vê a gente que tem morrido. Na Rússia, no Brasil, é quase por todo lado. A gente tinha medo. Medo e penas das criancinhas que ficaram sem os pais.

P:O facto de não poder ver a sua família como estava habituado, teve implicações para si?

**R:** Andava mais triste. Não poder sair quando tinha vontade, não poder ir a Lisboa. Agora está melhor, mas ainda não está livre de perigo. A gente vê as notícias, vê as pessoas que morrem, mesmo os que estão a ser tratados.

P:Acha que durante a pandemia esteve mais triste?

**R:** Respondido na pergunta anterior.

P:Começou a tomar algum medicamento para a depressão durante a pandemia?

**R:** Não.

## 7) Questões viradas para o futuro

**P: Tem esperança que isto termine e volte tudo ao normal?**

**R:** Isso nunca se sabe. A gente sabe lá agora. Agora com estes tratamentos, está melhor mas alguns não fazem. E mesmo com os tratamentos morrem. Às vezes digo pro meu filho: eu gosto tanto de viajar! Nunca mais volto a Lisboa, pra eu viajar, pra eu andar melhor.

## **APÊNDICE J - Questões relacionadas com a pandemia e a saúde mental dos cuidadores formais**

**Instituto Politécnico de Castelo Branco**  
**Escola Superior de Educação de Castelo Branco**  
**Mestrado em Gerontologia Social**

A presente investigação tem como objetivo estudar o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas na ERPI [REDACTED] e dos seus cuidadores formais.

Recorde, as respostas são anónimas e confidenciais.

1) Considera que a pandemia de Covid-19 foi responsável por perturbar a sua saúde mental?

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_

Se respondeu que não na questão anterior, o seu questionário termina aqui.

2) Tendo respondido que sim na questão anterior diga porque considera que a pandemia de Covid-19 foi responsável por lhe ter provocado perturbações na sua saúde mental.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Considera que essa perturbação sentida na sua saúde mental condicionou de alguma forma os cuidados prestados aos utentes?

Sim: \_\_\_\_\_

Porquê: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

4) Em algum momento durante a pandemia de Covid-19, teve vontade em abandonar o seu trabalho como cuidador de pessoas idosas numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas?

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração.