

# **Impacto do desconfinamento na sintomatologia depressiva de adultos idosos residentes numa ERPI**

**Raul Manuel Alves Barata**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

**junho de 2023**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Raul Manuel Alves Barata, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39056 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente  
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)



# Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos os que contribuíram para a concretização desta dissertação de mestrado. É com imensa felicidade e gratidão que partilho este trabalho, que representa um marco importante no meu percurso académico.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto, e à minha coorientadora, a Professora Doutora Rosa Marina Afonso, cuja orientação e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento desta dissertação. O seu conhecimento, orientação académica e feedback construtivo foram inestimáveis, proporcionando um guia claro e direcionamento em todas as etapas deste projeto.

Em segundo lugar, quero agradecer aos meus colegas e amigos, Ana Simões e Carlos Silva, pelo apoio extraordinário e camaradagem demonstrados ao longo do desenvolvimento e execução de todo o projeto de investigação.

Agradeço também a toda a equipa da ERPI pelo apoio imensurável durante toda a investigação.

Não posso deixar de expressar o meu agradecimento a todos os meus amigos e familiares pelo apoio incondicional que sempre demonstraram ao longo de toda a minha jornada académica.

A todos vós, o meu muito obrigado.



# Resumo

A pandemia SARS-Cov2 impôs-se como uma ameaça à saúde e ao normal funcionamento da sociedade. Para o seu combate foram criadas várias medidas. Um dos grupos mais afetados por estas medidas e pela própria patologia foram os adultos idosos, nomeadamente os residentes em Estruturas Residenciais para Adultos Idosos (ERPI). O impacto destas medidas, bem como da própria patologia na população geral não estão completamente esclarecidos, contudo, estudos existentes realçam que tiveram um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, pelo aumento da perceção de solidão e incidência de depressão. O objetivo do nosso estudo é analisar possíveis fatores desencadeantes, preditores e protetores, para o desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como avaliar retrospectivamente o impacto da pandemia por SARS-Cov2 na prevalência de solidão e depressão, numa ERPI.

Participaram no estudo 32 utentes residentes numa ERPI, dos quais 27 concluíram o seguimento de 10 meses do estudo. Foram realizados 3 momentos de avaliação onde foram aplicadas as seguintes escalas: escala de depressão geriátrica (GDS) de Yesavage; a escala de Solidão UCLA; a escala de Deterioração Global; a escala de Katz; o teste de Hand-Grip; o teste de marcha TUG-Time up and Go; o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) e a fluência verbal de Isaac, bem como recolhidos dados sociodemográficos, dados de saúde e dados de interação social.

Estudou-se o papel da solidão, desempenho cognitivo e físico, funcionalidade e dados demográficos como desencadeantes, preditores e protetores no desenvolvimento de sintomas depressivos. Os resultados revelaram que apenas a coabitação na ERPI com familiares foi identificada como um fator protetor na evolução de sintomas depressivos.

Este tema requer pesquisas futuras, com amostras maiores, para aprofundar o entendimento dos fatores que predizem, protegem ou desencadeiam a sintomatologia depressiva neste grupo etário a viver nestas circunstâncias, a fim de possibilitar uma melhor gestão de uma patologia muitas vezes silenciosa, que apresenta uma morbilidade significativa.

# **Palavras-chave**

Adulto Idoso; COVID-19; desconfinamento; depressão; ERPI

# Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic has emerged as a threat to health and the normal functioning of society. Various policies have been implemented to combat it. One of the groups most affected by these policies and the pathology itself are the elderly, particularly those residing in nursing homes. The impact of these policies, as well as the disease itself, on the general population is not fully understood. However, existing studies highlight that they had a negative impact on the quality of life of the elderly, leading to increased perception of loneliness and incidence of depression. The objective of our study is to analyze possible triggering, predicting, and protective factors for the development of depressive symptoms, as well as to retrospectively evaluate the impact of the SARS-CoV-2 pandemic on the prevalence of loneliness and depression in a nursing home.

A total of 32 residents of a nursing home participated in the study, of which 27 completed a 10-month follow-up. Three evaluation moments were carried out, where the following scales were applied: Geriatric Depression Scale (GDS) by Yesavage; UCLA Loneliness Scale; Global Deterioration Scale; Katz Scale; Hand-Grip test; Time Up and Go (TUG) walking test; Mini-Mental State Examination (MMSE); Isaac verbal fluency test, as well as sociodemographic data, health data, and social interaction data were collected.

The role of loneliness, cognitive and physical performance, functionality, and demographic data as triggers, predictors, and protectors in the development of depressive symptoms was studied. The results revealed that only cohabitation with family members in the nursing home was identified as a protective factor in the progression of depressive symptoms.

This topic requires future research with larger samples to deepen the understanding of factors that predict, protect, or trigger depressive symptoms in this age group living under these circumstances, in order to enable better management of an often-silent pathology that carries significant morbidity.

## Keywords

Elderly;COVID-19;deconfinement;depression;nursing home



# Índice

Introdução .....	1
Métodos .....	4
Participantes.....	4
Procedimento.....	4
Instrumentos .....	4
Estatística.....	6
Resultados .....	8
Análise descritiva .....	8
Evolução dos sintomas depressivos .....	10
Influencia dos fatores na variação da depressão.....	11
Discussão de resultados .....	18
Potencialidades e limitações.....	21
Conclusão.....	21
Bibliografia .....	22
Apêndices.....	26
Apêndice 1 – Consentimento informado .....	27
Apêndice 2 – Questionário .....	28
Apêndice 3 – Análise estatística.....	32
Anexos.....	35
Anexo 1 – Parecer da comissão de ética.....	36



# **Lista de Figuras**

Figura 1 - Variação dos sintomas depressivos ao longo do tempo.



# Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Análise descritiva do sexo e coabitação com familiares
- Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis quantitativas da população em estudo
- Tabela 3 – Consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos
- Tabela 4 – Evolução dos sintomas de solidão ao longo do tempo.
- Tabela 5 – Prevalência de sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 6 – Influência dos sintomas de solidão na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 7 – Influência dos sintomas de solidão na evolução dos sintomas depressivos no período outubro de 2021 a março de 2022
- Tabela 8 – Influência do número de visitas recebidas na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 9 – Influência do número de filhos na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 10 – Influência da coabitação com familiares em 1º grau na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 11 – Influência do número de telefonemas realizados na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 12 – Influência da força de preensão da mão na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 13 – Influência do tempo de realização do teste de marcha TUG na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 14 – Influência da independência, avaliada pela escala de Katz, na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 15 – Influência da função cognitiva, avaliada pela escala de Deterioração global, na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 16 – Influência do desempenho cognitivo, avaliada pela escala MMSE, na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 17 – Influência da idade na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 18 – Influência do sexo na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 19 - Influência da toma de antidepressivos na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo
- Tabela 20 – Testes de normalidade para o 1º período em estudo
- Tabela 21 – Testes de normalidade para o 2º período em estudo
- Tabela 22 – Testes de normalidade para o período total do estudo
- Tabela 23 – Testes da igualdade de variâncias na variável MMSE



## Lista de Acrónimos

ABVD	Atividades básicas da vida diária
Covid 19	Doença por corona vírus
DALYs	Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. <sup>a</sup> edição
ERPI	Estrutura residencial para idosos
GDS	Escala de depressão geriátrica
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
MMSE	Mini Exame do Estado Mental
SARS-Cov 2	Corona vírus 2- síndrome respiratória grave aguda
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TUG	Time up and go



## Introdução

A pandemia SARS-Cov2 surgiu no final do ano de 2019, mas só no início do ano subsequente se tornou uma ameaça à saúde e ao normal funcionamento da sociedade(1). Em março de 2020 registou-se o primeiro caso de SARS-Cov2 em Portugal e, à semelhança do que já vinha a acontecer no resto do mundo, levou a que o Governo português, em conjunto com as autoridades de saúde definissem medidas que visavam a proteção da população portuguesa(2). Essas medidas incidiram em todos os setores da sociedade e representavam a tentativa de evitar contágios. Dentro destas estavam englobadas as seguintes medidas: o uso de máscara obrigatório, a recomendação de lavagem regular das mãos, o distanciamento físico, a recomendação de teletrabalho, entre outras(2,3). Outras dessas medidas implementadas, nomeadamente a orientação 009/2020 de 11/03/2020(4), inicialmente e posteriormente a Informação nº 011/2020 de 11/05/2020(5), recomendavam a restrição de visitas a idosos residentes em ERPI's, visto que este grupo era um grupo onde havia maior incidência de casos de infeção por Covid 19 com piores resultados clínicos e mortes(6).

O impacto destas medidas de controlo da pandemia, bem como da própria patologia na população geral não está completamente esclarecido, mas os estudos existentes realçam que tiveram um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, pelo aumento da perceção de solidão(7) e incidência de depressão nesta faixa etária (8). Para além deste houve ainda diminuição do desempenho motor(9) e do desempenho cognitivo(10).

O conceito de solidão não é consensual, mas podem referir-se três aspetos essenciais em relação à mesma: resulta de uma interação social deficiente, é uma experiência subjetiva e não é sinónimo de isolamento social(11). Estima-se que a prevalência de solidão, em idosos, nos países desenvolvidos seja de cerca de 28,5%, ou seja, 1 em cada 4 idosos com mais de 60 anos experimentam algum grau de solidão pelo menos em parte do tempo. Esta pode estar subestimada para Portugal, visto que a prevalência de solidão é superior nos países Mediterrâneos e da Europa de Leste, quando comparado com os países nórdicos(12). A elevada prevalência de solidão é preocupante neste grupo etário, visto que estudos têm apontado para uma relação entre a solidão e o aumento da mortalidade em todas as causas, bem como a deterioração do estado físico e cognitivo, e a prevalência de patologias mentais, como a depressão(13). Embora o mecanismo causal dessa relação não esteja completamente esclarecido, os resultados de vários estudos indicam a necessidade de atenção a este problema e uma intervenção específica para lidar com a solidão e seus potenciais efeitos negativos na saúde(14).

A Depressão é um transtorno psiquiátrico muito prevalente na população mundial, com tendência a ser mais prevalente no futuro(15). Caracteriza-se por: humor alterado, anedonia, adinamia, dificuldade de concentração, agitação ou lentificação psicomotora, sentimento de culpa excessiva, insónia/hiperinsónia, alteração do apetite, com perda ou ganho de peso, e ideação suicida. Para o diagnóstico de depressão major, segundo o DSM-5, pelos menos cinco destes sintomas devem estar presentes, sendo que pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou anedonia(16). Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) estima-se que, em 2019, cerca de 3,76% da população mundial sofresse com depressão(17). Este número aumenta para 5,74% e 5,41% quando consideramos a faixa etária acima dos 55 anos e 70 anos, respetivamente(17). Em Portugal, estes números sobem para 5,88% na população geral e para 7,21% e 7,41%, quando se consideram as faixas etárias acima dos 55 e 70 anos, respetivamente(17). Em 2012 Almeida concluiu num estudo realizado em idosos portugueses institucionalizados e não institucionalizados, não haver diferença significativa na prevalência de depressão neste grupo etário (18). A depressão tem aproximadamente a mesma carga de doença que o cancro do pulmão, um dos cancros mais prevalentes na população mundial, combinado com cancro da traqueia e brônquios, representando ambas cerca de 1,8% dos DALYs de todas as causas (19), o que realça a importância de prevenir, diagnosticar e controlar esta patologia. A etiologia da depressão não é clara: estudos apontam fatores genéticos e fatores ambientais externos como possíveis desencadeantes da depressão. Dentro dos fatores ambientais externos, a solidão pode ter um papel a desempenhar, especialmente quando se trata de pessoas idosas(20). Níveis de solidão mais marcados poderão estar relacionados com sintomas depressivos mais intensos e sintomas de solidão menos marcados poderão estar associados a remissão dos sintomas depressivos, indicando assim que a deteção e controlo dos sentimentos de solidão dos idosos poderá ser efetiva no controlo de sintomatologia depressiva (21).

Quanto à relação entre desempenho cognitivo e depressão, uma revisão sistemática sugere que desempenhos cognitivos inferiores possam ser precursores da depressão ou representar uma manifestação precoce de depressão não diagnosticada(22). Outros estudos argumentam que não há relação entre o desempenho cognitivo e o aparecimento da depressão (23). Por outro lado, vários estudos, apontam que a depressão tem um impacto negativo no desempenho cognitivo(24,25).

É amplamente reconhecido que a atividade física regular tem um impacto positivo na prevenção da depressão (26), e há evidências de que um melhor desempenho físico na velhice está associado a uma menor incidência de depressão (27,28). Além disso, a

independência para as atividades de vida diária também pode ter um impacto no risco de ocorrência de depressão(29).

Sendo assim interessa saber se os adultos idosos residentes em ERPI's, que viram as suas vidas limitadas ao longo da pandemia, se sentiram mais sós e se a intensidade dessa solidão esteve associada a mudanças nos sintomas depressivos no futuro. Interessa ainda perceber se outros fatores como o desempenho físico e funcional, cognitivo e outros fatores demográficos, têm influência na evolução dos sintomas depressivos.

A ERPI onde se realizou o estudo, assim como outras instituições semelhantes, suspendeu as visitas e fechou os centros de convívio e de dia, no início da pandemia. Em janeiro de 2021, as visitas foram novamente autorizadas, embora sujeitas a algumas restrições. Cada utente tinha permissão para receber uma visita semanal de uma pessoa, uma medida que se manteve até junho de 2022. Nesse momento, passou a ser permitida a presença de até duas pessoas nas visitas semanais. Os centros de convívio e de dia foram reabertos em meados de 2021, enquanto a partir de junho de 2022 os residentes também puderam sair do lar de 2 a 3 vezes por mês. No período entre 4 e 17 de fevereiro, ocorreu um surto de Covid-19 que afetou um dos setores do lar, impondo medidas de contenção

O objetivo do nosso estudo é analisar possíveis fatores desencadeantes, preditores e protetores para o desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como avaliar retrospectivamente o impacto da pandemia por SARS-Cov2 na prevalência de solidão e depressão.

## **Métodos**

### **Participantes**

Participaram no estudo 32 adultos idosos, todos os residentes numa ERPI com capacidades cognitivas, físicas e sensoriais para responder às questões e que aceitaram participar no estudo. Todos os participantes assinaram um consentimento informado antes do início do estudo. Havia a possibilidade de solicitar o abandono do estudo a qualquer momento, sendo os dados relativos a essas pessoas eliminados da base de dados, se assim o desejassem.

### **Procedimento**

Para a realização do projeto de investigação, que inclui este trabalho, foi pedido um parecer à comissão de ética da Universidade da Beira Interior. O projeto de investigação só foi iniciado após a emissão do parecer (anexo 1). A Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), onde o projeto foi conduzido, concedeu um consentimento verbal para a sua realização.

No primeiro dia de contato com os participantes na ERPI, o projeto de investigação foi apresentado, esclarecendo-se todas as dúvidas existentes. Em seguida, procedeu-se à leitura e explicação individual do documento de consentimento informado (apêndice 1), que foi assinado por aqueles que concordaram com as condições apresentadas.

A ERPI selecionada para o estudo foi afetada por um surto de SARS-CoV-2 durante as primeiras vagas da infeção em Portugal. O projeto de investigação teve início a coincidir com o aliviar de medidas restritivas na ERPI. A duração prevista era de 10 meses, durante os quais foram realizados 3 momentos de avaliação, com intervalos de 5 meses entre eles. O primeiro momento ocorreu em outubro de 2021, o segundo em março de 2022 e o terceiro e último em agosto de 2022.

### **Instrumentos**

Foram aplicadas: a Escala de depressão geriátrica (GDS) de Yesavage(30); a escala de Solidão UCLA - versão curta(31); a escala de Deterioração global(32); a escala de Katz(33); Força de preensão da mão(34); o teste de marcha TUG-Time up and Go(35); o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) (36) e a fluência verbal de Isaacs(37). Foram ainda recolhidos dados sociodemográficos, dados de saúde e dados de interação social.

a.1) A escala de depressão geriátrica (GDS) de Yesavage, versão curta, adaptada para português é uma escala constituída por 15 itens com resposta dicotómica, que avalia a existência de sintomas depressivos em idosos. Cada resposta corresponde a uma pontuação.

Valores mais altos significam mais sintomas depressivos (30,38). Esta escala foi aplicada nos 3 momentos de avaliação.

a.2) A escala de Solidão UCLA curta - Escala constituída por 6 itens com 4 possíveis respostas, “Nunca”, “Raramente”, “Às vezes” e “Muitas vezes”. 5 perguntas são construídas na positiva e 1 na negativa. Cada resposta corresponde a uma pontuação. Valores mais altos obtidos significam maior sentimento de solidão(31). Esta escala foi aplicada nos 3 momentos de avaliação.

a.3) A escala de deterioração global: é uma escala desenvolvida por Reisberg, de avaliação subjetiva da função cognitiva. Pode assumir valores de 1 a 7. Valores superiores significam maior detioração cognitiva(32). Aplicada no 1º momento de avaliação.

a.4) A escala de Katz – Escala dividida por 6 atividades básicas de vida diária (banho, vestir, utilização da sanita, transferência, continência e alimentação). Cada uma é pontuável em 0, se dependente e 1, se independente(33,38). Apenas aplicada no 1º momento de avaliação.

a.5) A força de preensão da mão – Teste que avalia a força de preensão da mão. Em cada momento de avaliação a força de preensão da mão dominante foi avaliada 3 vezes, utilizando o dinamómetro de mão modelo Lafayette 78010. A força de preensão da mão foi utilizada como marcador de fragilidade e preditor de funcionalidade(34). Apenas aplicada no 1º momento de avaliação.

a.6) Teste de marcha TUG-Time up and Go – Teste que avalia a velocidade e destreza que o idoso tem ao levantar-se de uma cadeira, percorrer 3 metros e voltar a sentar-se na mesma. É um bom preditor de risco de quedas nos idosos(35,39). Apenas aplicada no 1º momento de avaliação.

a.7) Mini Exame do Estado Mental (MMSE) – Escala constituída por 30 itens, divididos em seis domínios: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, capacidade construtiva, pontuados em 0 ou 1, que avalia brevemente a desempenho cognitivo. Pontuações mais altas indicam melhores desempenhos. Esta escala foi aplicada nos 3 momentos de avaliação(36,38).

a.8) Fluência verbal de Isaac - Teste rápido, simples e aceitável da função mental na população testada. O teste consiste na nomeação por parte de 10 cores, animais, frutas e localidades(37). Escala aplicada nos 3 momento de avaliação.

a.9) Dados sociodemográficos – Foram recolhidas a idade, habilitações, profissão, estado matrimonial e filhos. Dados recolhidos durante o 1º momento de avaliação.

a.10) Dados de Saúde – Foi recolhida informação acerca das comorbilidades, perceção subjetiva da saúde antes e após a vagas de covid e consumo de álcool e tabaco. Dados recolhidos durante o 1º momento de avaliação.

a.11) Dados de interação social – Foi recolhida informação acerca das atividades realizadas por cada participante antes e depois das medidas de desconfinamento, a coabitação com o cônjuge, ou filhos, a frequência de visitas e telefonemas recebidos. Dados recolhidos durante o 1º momento de avaliação.

## **Estatística**

### a) Definição de Variáveis

As variáveis utilizadas são as decorrentes das informações recolhidas, das escalas e testes aplicados. O questionário utilizado está no apêndice 2.

Algumas das variáveis recolhidas não fazem parte da análise de resultados, tais como as atividades realizadas por cada participante antes e depois das medidas de desconfinamento, as comorbilidades e perceção subjetiva da saúde antes e após a vagas de covid, devido à dificuldade que alguns participantes manifestaram nestas perguntas.

Evolução dos sintomas depressivos - Através de uma análise individual de cada participante, definiu-se a evolução em 3 categorias: piorou, manteve ou melhorou. Para alocar os participantes a estas categorias considerou-se a alteração ou não da categoria avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta nos 3 momentos de avaliação.

Time up and go – Os resultados da escala foram recategorizados, em apenas 2 categorias. A categoria “<20 segundos” engloba as categorias da escala “<10 segundos” e “11 a 20 segundos”. A categoria “>20 segundos e incapaz de realizar” engloba as categorias da escala “21 a 29 segundos”, “>30 segundos” e também as pessoas “incapazes de realizar o teste”. Esta recategorização foi realizada de modo a aumentar a validade da análise estatística dos resultados desta escala.

### b) Análise estatística

Os dados foram tratados com o software estatístico SPSS versão 28 e foi considerada uma significância estatística de 5%.

Foi realizada uma análise descritiva por forma a descrever as variáveis em estudo. Para as variáveis quantitativas foi determinado a média, desvio padrão, valor máximo e mínimo e

para alguns dos casos a mediana, enquanto para as variáveis qualitativas foram obtidas as frequências absolutas e relativas.

Seguidamente recorreram-se a algumas medidas inferenciais. Para avaliar a relação entre a evolução dos sintomas depressivos e as variáveis quantitativas em estudo recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA, sempre que os seus pressupostos se verificaram (normalidade e igualdade de variâncias, disponível no apêndice 3). Quando tal não aconteceu recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Para situações em que se verificaram diferenças significativas testaram-se as comparações múltiplas das médias das ordens através do teste de Turkey. Para avaliar a evolução dos sintomas de solidão ao longo do tempo recorreu-se ao teste de Friedman, uma vez que o pressuposto da normalidade não foi verificado. Por forma a analisar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk ( $n < 30$ ). Quanto ao pressuposto da igualdade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene.

Na avaliação da relação entre a evolução dos sintomas depressivos e as variáveis qualitativas em estudo, optou-se por se utilizar o teste exato de Fischer, por não se cumprirem os pressupostos para a utilização do teste do Qui-quadrado (menos de 20% das células da tabela de contingência apresentarem valores de frequência esperada inferiores a 5). Recorreu-se ainda ao coeficiente V de Cramer por forma a quantificar o grau de associação entre as variáveis. O critério de classificação foi o seguinte(40).

- $V < 0,1$  associação muito fraca
- $0,1 \leq V < 0,3$  associação fraca
- $0,3 \leq V < 0,5$  associação moderada
- $V \geq 0,5$  associação forte

## Resultados

### Análise descritiva

#### Participantes

Dos 27 participantes no estudo, 21 são do sexo feminino, 6 do sexo masculino. 4 participantes coabitam na ERPI com familiares em 1º grau, 23 não. Os participantes no estudo têm idades entre os 53 anos e os 94 anos, sendo a média de 84,19 anos (DP=8,96).

Tabela 1 – Análise descritiva do sexo e coabitação com familiares

		<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa</i>
<i>Sexo</i>	Feminino	21	77,8
	Masculino	6	22,2
<i>Coabita com familiares</i>	Não	23	85,2
	Sim	4	14,8

Os participantes no estudo, em média, têm aproximadamente 2 filhos e tomam 10 fármacos diariamente. Recebem, em média 2,5 visitas e 18 telefonemas por mês.

A força de preensão da mão é em média 19 (tabela 2) e tomam em média 10,07 fármacos. A média dos valores do MMSE é de 23,11.

Tabela 2 – Análise descritiva das variáveis quantitativas da população em estudo

	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<i>Visitas (por mês)</i>	0	5	2,49	1,810
<i>Telefonemas (por mês)</i>	0	112	17,96	21,999
<i>Fármacos frequentes</i>	4	19	10,07	3,951
<i>Força de preensão da mão</i>	8	36	19,04	8,244
<i>MMSE</i>	11	30	23,11	5,352
<i>Filhos</i>	0	4	1,96	1,018

Tabela 3 – Consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos

		<i>Frequência absoluta</i>	<i>Frequência relativa</i>
<i>Ansiolíticos</i>	Não toma	6	22,2
	Toma	21	77,8
<i>Antidepressivos</i>	Não toma	9	33,3
	Toma	18	66,7

Dos 27 participantes, 21 tomam habitualmente ansiolíticos e 18 tomam habitualmente antidepressivos.

## Solidão

Tabela 4 – Evolução dos sintomas de solidão ao longo do tempo.

	<i>Outubro de 2021</i>	<i>Março de 2022</i>	<i>Outubro de 2022</i>	<i>P. value<sup>#1</sup></i>
	Média +/- desvio padrão			
<i>Escala de Solidão UCLA curta</i>	9,44 +/- 4,04	9,53+/-4,09	10,67+/-5,51	0,604

#1-teste de Friedman

Analisando os resultados da escala de solidão, os adultos idosos participantes apresentam um aparente agravamento, com a média do último momento ser superior em mais de 1 valor, à média dos 2 primeiros momentos de avaliação. Segundo o teste de Friedman esta variação não é estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

## Sintomatologia depressiva

Tabela 5 - Prevalência de sintomas depressivos ao longo do tempo

		<i>Outubro 2021</i>	<i>Março 2022</i>	<i>Agosto de 2022</i>
<i>Sem depressão</i>	Mulheres	12 (57,14%)	13 (61,9%)	11 (52,38%)
	Homens	3 (50%)	4 (66,67%)	4 (66,67%)
	Total	15 (55,6%)	17 (63%)	15 (55,6%)
<i>Depressão ligeira</i>	Mulheres	5 (23,81%)	4 (19,05%)	7 (33,33%)
	Homens	3 (50%)	2 (33,33%)	2 (33,33%)
	Total	8 (29,6%)	6 (22,20%)	9 (33,3%)
<i>Depressão grave</i>	Mulheres	4 (19,05%)	4 (19,05%)	3 (14,29%)
	Homens	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Total	4 (14,8%)	4 (14,8%)	3 (11,1%)

A avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta demonstra que nos três momentos de aplicação, a maioria dos residentes avaliados apresentava-se sem depressão, sendo as percentagens, 55.60%, 63% e 55.60%, respetivamente, referentes ao primeiro, segundo e terceiro momento de avaliação. As pessoas com depressão ligeira eram 29.60% no primeiro momento, 22.20% no segundo momento e 33.30% no terceiro momento. Estas percentagens reduzem para 14.8%, 14,8% e 11.1 %, respetivamente, quando se fala de depressão grave.

Fazendo uma análise separada por sexo, é realçado o facto de os homens participantes no estudo não sofreram de depressão ao longo do estudo, de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage-versão curta, apresentando, no entanto, percentualmente maior prevalência de “depressão ligeira”. As mulheres por reunirem todos os casos de “depressão

grave” tem uma maior prevalência de “depressão grave” quando comparado com todos os participantes no estudo.

## Evolução dos sintomas depressivos

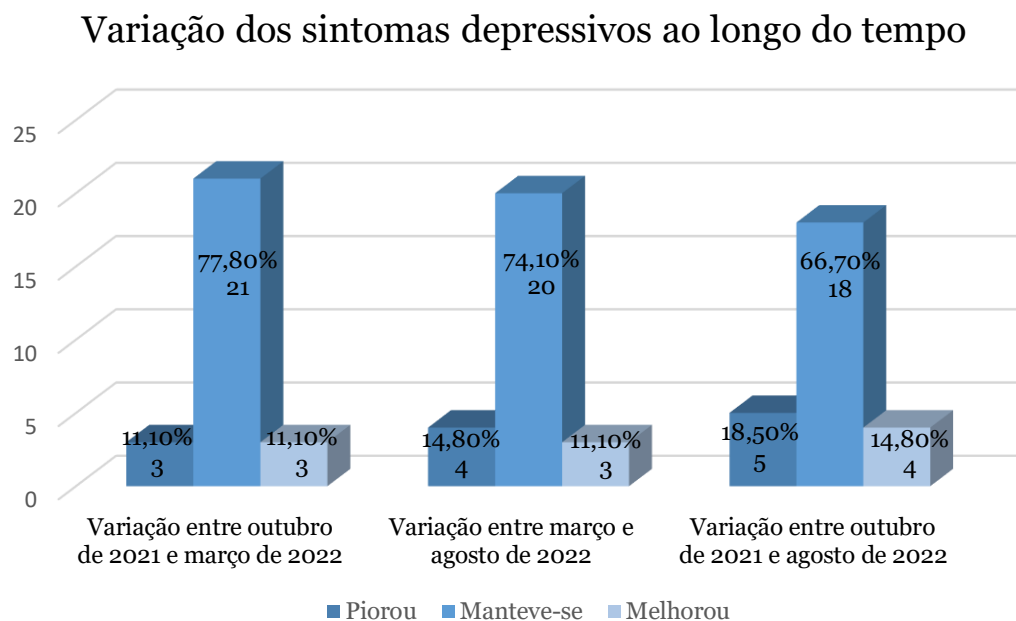


Figura 1 - Variação dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

Através de uma análise individual de cada participante, definiu-se a evolução em 3 categorias: Piorou, Manteve e Melhorou. Para alocar os participantes a estas categorias considerou-se a alteração da categoria avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, nos 3 momentos de avaliação.

A maioria das pessoas manteve-se estável em termos de depressão ao longo do estudo, havendo, no entanto, pessoas que melhoraram e pioraram. Entre outubro de 2021 e março de 2022, (primeiro e segundo momento de avaliação, respetivamente), 21 pessoas mantiveram-se estáveis, enquanto 3 pioraram e 3 melhoraram. No segundo período estudado, entre março e agosto de 2022, o número de pessoas que melhoram manteve-se, mas houve um aumento do número de pessoas que pioraram, 4, e diminuição das pessoas que se mantiveram, 20. Se se considera o período total do estudo, 18 pessoas mantiveram-se deprimidas, 5 pioraram e 4 melhoraram.

## Influencia dos fatores na variação da depressão

### Solidão

Existe uma tendência ( $0,05 < \text{valor de } p < 0,1$ ) para que os valores de solidão no primeiro momento de avaliação influenciem a variação dos sintomas depressivos no primeiro período de avaliação. Pelo teste de Turkey tendencialmente ( $0,05 < \text{valor de } p < 0,1$ ), as pessoas que pioraram e as que melhoraram apresentam níveis de solidão diferentes no primeiro momento de avaliação, sendo os valores mais elevados nas pessoas que pioram e menores nas pessoas que melhoram. No entanto não existe relação entre os sintomas de solidão avaliados no primeiro momento e a evolução dos sintomas depressivos nos períodos de março a agosto de 2022 e outubro de 2021 a agosto de 2022, (Kruskal-Wallis.  $p > 0,05$ ).

Tabela 6 – Influencia dos sintomas de solidão na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		Escala de Solidão UCLA curta (1 <sup>o</sup> momento)		Valor de P <sup>#2</sup>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	11,67 +/- 1,56 (11)	0,098
		Manteve	9,43 +/- 4,38 (8)	
		Melhorou	7,33 +/- 2,30 (6)	
	março a agosto de 2022	Piorou	7,50 +/- 1,00 (8)	0,508
		Manteve	9,85 +/- 4,58 (8,5)	
		Melhorou	9,33 +/- 1,52 (9)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	9,60 +/- 2,30 (8)	0,774
		Manteve	9,67 +/- 4,78 (8)	
		Melhorou	8,25 +/- 1,71 (8,5)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Tabela 7 – Influencia dos sintomas de solidão na evolução dos sintomas depressivos no período outubro de 2021 a março de 2022

Período outubro de 2021 a março de 2022 - Valor de p <sup>#3</sup>	
Piorou - Manteve	0,143
Manteve - Melhorou	0,634
Piorou - Melhorou	0,095

#3 teste de turkey

## Visitas

Tabela 8 – Influencia do número de visitas recebidas na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>Visitas (1<sup>o</sup> momento)</i>		<i>Valor de p<sup>#2</sup></i>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	3,33 +/- 1,16 (4)	0,810
		Manteve	2,35 +/- 1,97 (4)	
		Melhorou	2,67 +/- 1,16 (2)	
	março a agosto de 2022	Piorou	4,00 +/- 0 (4)	0,214
		Manteve	2,17 +/- 1,82 (3)	
		Melhorou	2,67 +/- 2,31 (4)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	3,60 +/- 0,89 (4)	0,341
		Manteve	2,30 +/- 1,97 (3)	
		Melhorou	2,00 +/- 1,63 (2)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Não existe relação entre o número de visitas que o sujeito teve em média ao longo do estudo e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (Kruskal-Wallis.  $p > 0,05$ ).

## Número de filhos

Tabela 9 – Influencia do número de filhos na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>Número de filhos</i>		<i>Valor de p<sup>#2</sup></i>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	2,67 +/- 0,58 (3)	0,410
		Manteve	1,90 +/- 1,00 (2)	
		Melhorou	1,67 +/- 1,53 (2)	
	março a agosto de 2022	Piorou	2,25 +/- 0,96 (2,5)	0,865
		Manteve	1,90 +/- 1,12 (2)	
		Melhorou	2,00 +/- 0 (2)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	2,40 +/- 0,89 (3)	0,390
		Manteve	1,94 +/- 1,06 (2)	
		Melhorou	1,50 +/- 1,00 (2)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Não foi observada relação entre o número de filhos do inquirido e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (Kruskal-Wallis.  $p > 0,05$ ).

## Coabitação com familiares em 1º grau

Tabela 10 – Influência da coabitação com familiares em 1º grau na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		Coabitação com familiares		Valor de p <sup>#3</sup>	V de Cramer	
		Não Frequência absoluta (Frequência relativa)	Sim Frequência relativa			
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	3 (13,0%)	0(0%)	1	0,233
		Manteve	17(73,9%)	4(100%)		
		Melhorou	3(13,0%)	0(0%)		
	março a agosto de 2022	Piorou	3(13,0%)	1(25%)	0,021	0,553
		Manteve	19(82,6%)	1(25%)		
		Melhorou	1(4,3%)	2(50%)		
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	4(17,4%)	1(25%)	0,052	0,441
		Manteve	17(73,9%)	1(25%)		
		Melhorou	2(8,7%)	2(50%)		

#3 teste exato de Fisher

A coabitação com familiares não tem relação significativa com a evolução dos sintomas depressivos no primeiro período estudado. No período de março a agosto de 2022 existe uma diferença significativa (teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ ) entre as pessoas que coabitam com familiares e as que não coabitam, sendo esta uma associação entre as 2 variáveis forte ( $V \text{ de Cramer} > 0,5$ ). No período total do estudo existe uma tendência para que a coabitação com familiares se relacione com uma melhoria nos sintomas depressivos ( $0,1 > \text{valor de } p > 0,05$ ), sendo a associação moderada ( $0,3 < V \text{ de Cramer} < 0,5$ ).

## Número de telefonemas

Tabela 11 – Influência do número de telefonemas realizados na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		Nº de telefonemas (1º momento)		Valor de p <sup>#2</sup>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	14,33 +/- 14,57 (8)	0,822
		Manteve	18,43 +/- 24,39 (12)	
		Melhorou	18,33 +/- 10,41 (15)	
	março a agosto de 2022	Piorou	22,75 +/- 8,96 (22,5)	0,303
		Manteve	18,10 +/- 25,22 (7)	
		Melhorou	10,67 +/- 2,31 (12)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	22,20 +/- 12,24 (30)	0,255
		Manteve	17,22 +/- 26,13 (7)	
		Melhorou	16,00 +/- 9,38 (12)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Não foi observada relação entre o número de telefonemas, que o participante fez em média ao longo do estudo e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (Kruskal-Wallis.  $p > 0,05$ ).

### Força de preensão da mão

Tabela 12 – Influencia da força de preensão da mão na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>Força de preensão da mão (1º momento)</i>		<i>Valor de p<sup>#2</sup></i>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	18,00 +/- 4,00 (18)	0,574
		Manteve	18,95 +/- 9,24 (17)	
		Melhorou	20,67 +/- 2,89 (19)	
	março a agosto de 2022	Piorou	23,50 +/- 8,43 (20)	0,306
		Manteve	17,65 +/- 7,93 (16,5)	
		Melhorou	22,33 +/- 10,21 (18)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	22,20 +/- 8,32 (21)	0,201
		Manteve	17,28 +/- 8,12 (16,5)	
		Melhorou	23,00 +/- 8,21 (21,5)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Não se constatou relação entre a força de preensão da mão avaliada no primeiro momento e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (Kruskal-Wallis.  $p > 0,05$ ).

### Teste de marcha TUG – modificado

Tabela 13 – Influencia do tempo de realização do teste de marcha TUG na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>TUG (1º momento)</i>		<i>Valor de p<sup>#3</sup></i>	<i>V de Cramer</i>	
		>20 segundos e incapaz de realizar	<20 segundos			
		Frequência absoluta (Frequência relativa)				
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	2 (11,8%)	1(10%)	1	0,041
		Manteve	13(76,5%)	8(80%)		
		Melhorou	2(11,8%)	1(10%)		
	março a agosto de 2022	Piorou	3(17,6%)	1(10%)	0,373	0,308
		Manteve	11(64,7%)	90(90%)		
		Melhorou	3(17,6%)	0(0%)		
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	3(17,6%)	2(20%)	1	0,104
		Manteve	11(64,7%)	7(70%)		
		Melhorou	3(17,6%)	1(10%)		

#3 teste exato de Fisher

O desempenho na realização do teste de marcha TUG não influencia significativamente o a variação dos sintomas depressivos nos 3 períodos avaliados (teste de Fisher,  $p > 0,05$ ).

### Escala de Katz

Tabela 14 – Influência da independência, avaliada pela escala de Katz, na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>Escala de Katz (1º momento)</i>		<i>Valor de p<sup>#2</sup></i>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	5,33 +/- 0,58 (5)	0,830
		Manteve	4,67 +/- 1,62 (6)	
		Melhorou	4,33 +/- 1,53 (4)	
	março a agosto de 2022	Piorou	5,00 +/- 1,16 (5)	0,941
		Manteve	4,65 +/- 1,63 (5,5)	
		Melhorou	4,67 +/- 1,53 (5)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	5,40 +/- 0,89 (6)	0,617
		Manteve	4,56 +/- 1,62 (5)	
		Melhorou	4,50 +/- 1,73 (4,5)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Não se observou uma relação entre a independência para as atividades básicas da vida diária, avaliadas pela escala de Katz no primeiro momento e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados (teste de Kruskal-Wallis,  $p > 0,05$ ).

### Escala de deterioração Global

Tabela 15 – Influência da função cognitiva, avaliada pela escala de Deterioração global, na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>GDS (1º momento)</i>			<i>Valor de p<sup>#3</sup></i>	<i>V de Cramer</i>	
		1	2	3			
		Frequência absoluta (Frequência relativa)					
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	2 (14,3%)	1(11,1%)	0(0%)	0,821	0,220
		Manteve	11(78,6%)	6(66,7%)	4(100%)		
		Melhorou	1(7,1%)	2(22,2%)	0(0%)		
	março a agosto de 2022	Piorou	2 (14,3%)	2(22,2%)	0(0%)	0,812	0,189
		Manteve	11(78,6%)	6(66,7%)	3(75%)		
		Melhorou	1(7,1%)	1(11,1%)	1(25%)		
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	3(21,4%)	2(22,2%)	0(0%)	0,704	0,206
		Manteve	10(71,4%)	5(55,6%)	3(75%)		
		Melhorou	1(7,1%)	2(22,2%)	1(25%)		

#3 teste exato de Fisher

Não se constatou uma relação entre a deterioração cognitiva, avaliada pela escala de deterioração global no primeiro momento e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (teste exato de Fisher,  $p > 0,05$ ).

## MMSE

Tabela 16 – Influência do desempenho cognitivo, avaliada pela escala MMSE, na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>MMSE (1º momento)</i>		<i>Valor de p<sup>#4</sup></i>
		Média +/- Desvio padrão		
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	20,00 +/- 7,94	0,539
		Manteve	23,33 +/- 4,94	
		Melhorou	24,67 +/- 6,81	
	março a agosto de 2022	Piorou	22,25 +/- 4,57	0,328
		Manteve	23,90 +/- 5,40	
		Melhorou	19,00 +/- 5,57	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	23,60 +/- 4,98	0,709
		Manteve	22,56 +/- 5,67	
		Melhorou	25,00 +/- 5,099	

#4 ANOVA

Não se observou uma relação entre a desempenho cognitivo, avaliado pela escala MMSE no primeiro momento e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (ANOVA,  $p > 0,05$ ).

## Idade

Tabela 17 – Influência da idade na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		<i>Idade</i>		<i>Valor de p<sup>#2</sup></i>
		Média +/- desvio padrão (Mediana)		
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</i>	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	84,00 +/- 9,85 (87)	0,435
		Manteve	85,62 +/- 6,61 (88)	
		Melhorou	74,33 +/- 18,72 (82)	
	março a agosto de 2022	Piorou	86,75 +/- 3,95 (88)	0,738
		Manteve	83,10 +/- 10,10 (86,5)	
		Melhorou	88,00 +/- 3,61 (87)	
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	83,80 +/- 6,91 (87)	0,203
		Manteve	85,94 +/- 7,16 (88)	
		Melhorou	76,75 +/- 15,97 (83,5)	

#2 teste de Kruskal-Wallis

Não se constatou relação entre a idade do inquirido e a evolução dos sintomas depressivos em nenhum dos períodos estudados, (teste de Kruskal-Wallis,  $p > 0,05$ ).

## Sexo

Tabela 18 – Influencia do sexo na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

		Sexo		Valor de $p^{#3}$	V de Cramer	
		Feminino	Masculino			
		Frequência absoluta (Frequência relativa)				
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	3 (14,3%)	0(0%)	1	0,202
		Manteve	16(76,9%)	5(80%)		
		Melhorou	2(9,5%)	1(20%)		
	março a agosto de 2022	Piorou	3 (14,3%)	1(16,7%)	0,790	0,104
		Manteve	16(76,9%)	4(66,7%)		
		Melhorou	2(9,5%)	1(16,7%)		
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	4(19%)	1(16,7%)	0,319	0,280
		Manteve	15(71,4%)	3(50%)		
		Melhorou	2(9,5%)	2(33,3%)		

#3 teste exato de Fisher

Não se observou uma relação significativa entre o sexo do participante e a evolução dos sintomas depressivos ao longo do estudo, para um valor de  $p > 0,05$  no teste exato de Fisher.

## Toma de antidepressivos

Tabela 19 – Influencia da toma de antidepressivos na evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo

		Toma de antidepressivos		Valor de $p^{#3}$	V de Cramer	
		Toma	Não toma			
		Frequência absoluta (Frequência relativa)				
Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	outubro de 2021 a março de 2022	Piorou	1 (5,6%)	2(22,2%)	0,516	0,777
		Manteve	15(83,3%)	6(66,7%)		
		Melhorou	2(11,1%)	1(11,1%)		
	março a agosto de 2022	Piorou	3 (16,7%)	1(11,1%)	0,653	0,553
		Manteve	12(66,7%)	8(88,9%)		
		Melhorou	3(16,7%)	0(0%)		
	outubro de 2021 a agosto de 2022	Piorou	3(16,7%)	2(22,2%)	0,404	0,404
		Manteve	11(61,1%)	7(77,8%)		
		Melhorou	4(22,2%)	0(0%)		

#3 teste exato de Fisher

Não se observou uma relação significativa entre a toma de antidepressivos e a evolução dos sintomas depressivos ao longo do estudo, para um valor de  $p > 0,05$  no teste exato de Fisher.

## Discussão de resultados

O presente estudo pretende analisar possíveis fatores desencadeantes, preditores e protetores para o desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como avaliar retrospectivamente o impacto da pandemia por SARS-Cov2 na prevalência de solidão e depressão em idosos residentes numa ERPI. Estudou-se o papel da solidão, desempenho cognitivo e físico, funcionalidade e dados demográficos como desencadeantes, preditores e protetores no desenvolvimento de sintomas depressivos.

Esperava-se que a solidão tivesse uma influência negativa na evolução dos sintomas depressivos. Também era esperado que um baixo desempenho físico e baixa funcionalidade tivessem um impacto negativo. O impacto do desempenho cognitivo era incerto, mas alguns estudos apontaram-no como um possível fator preditor no desenvolvimento da depressão. Além disso, esperava-se que pessoas mais velhas e do sexo feminino tivessem uma evolução pior nos sintomas depressivos. Contudo, constatou-se apenas uma associação entre a coabitação com familiares e a melhor evolução dos sintomas depressivos. Estes resultados podem dever-se ao reduzido tamanho da amostra, maioritariamente constituída por mulheres e uma duração de estudo inferior à de outros estudos sobre a temática(29,41,42).

Relativamente à prevalência de depressão grave, nos participantes do estudo, avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta, oscilou entre 14.8% e 11.1%, sendo mais elevada no início do estudo. Esta prevalência é aproximadamente o dobro quando comparada à prevalência em Portugal para a faixa etária acima dos 70 anos, faixa etária onde se inclui a maioria dos participantes. O aumento da prevalência de depressão era expectável dadas as contingências da Pandemia e o “cercos” criado nos lares, tendo os estudos já realizados a previsão de um aumento de cerca de 30%(43). Este aumento pode-se explicar pelo facto de a população estudada ser constituída maioritariamente por mulheres, visto que segundo o mesmo estudo, foi neste sexo que houve maior aumento da prevalência de depressão. O contributo deste fator é corroborado pela diferença de prevalência de depressão entre os homens e mulheres no estudo. O facto de o estudo abordar uma parte da população que foi mais afetada por medidas restritivas à normal vida diária, também pode explicar o pior resultado em relação ao expectável para a população geral.

No que diz respeito à evolução dos sintomas depressivos, era esperado que a solidão e outros fatores relacionados com a interação social tivessem um impacto significativo (21). A percepção subjetiva de solidão, medida pela Escala de Solidão UCLA curta, mostrou ter apenas uma tendência a afetar a evolução dos sintomas depressivos no primeiro período do estudo. Nos restantes períodos estudados, não se observou nenhuma associação

estatisticamente significativa. Outros fatores avaliados, como o número de telefonemas, visitas e número de filhos, não mostraram ter relação com a evolução dos sintomas depressivos. Esses resultados contradizem a literatura atual, que sugere que um maior suporte social e menores níveis de solidão estão associados a melhores resultados no que se refere à evolução dos sintomas depressivos(21). Essa diferença de resultados pode ser devido ao fato de que a duração do estudo ter sido curta comparativamente com os estudos que constataram relações: Floor Holvast durante 2 anos, seguiu 285 adultos holandeses de 60 a 90 anos com diagnóstico de depressão major, distímia ou depressão minor, de acordo com os critérios do DSM-IV, tendo concluído que a solidão se associava com piores prognóstico no concerne à evolução da depressão(41).

A coabitação com filhos ou cônjuges mostrou ter um impacto positivo na evolução dos sintomas depressivos durante todo o período do estudo e no segundo período estudado. Esse resultado está em concordância com estudos anteriores que apontam cônjuges, seguidos por restante família, como os principais suportes sociais na velhice (44).

No presente estudo, não foi encontrada qualquer relação entre desempenho cognitivo no início do estudo e evolução dos sintomas. Este achado contraria a hipótese de piores desempenhos cognitivos poderem ser precursores de depressão(22), mas está de acordo com a hipótese de não haver relação preditora entre o desempenho cognitivo e o surgimento de depressão(23).

A relação preditora do desempenho físico na incidência de depressão não se encontra bem esclarecida, no entanto alguns estudos, apontam que os resultados na escala de avaliação geriátrica TUG e a força de preensão da mão poderão estar associados com o aparecimento de depressão(27,28). O presente estudo não encontrou relação entre o desempenho no TUG e força de preensão da mão e a evolução de sintomas depressivos. Esta disparidade poderá dever-se à curta duração do presente estudo, bem como o reduzido número de sujeitos estudados.

A funcionalidade, concretamente a independência para a realização das atividades básicas da vida diária parece desempenhar um papel no surgimento de sintomas depressivos em pessoas de meia-idade e idosas(29). Minfu He estudou 15 890 adultos chineses com mais de 45 anos durante 2 anos, tendo concluído que indivíduos menos independentes estavam mais propensos a desenvolver depressão(29). No presente estudo esta relação não foi encontrada. Este resultado poderá dever-se à curta duração do presente estudo, bem como a reduzida extensão da população estudada.

Os fatores demográficos, nomeadamente o sexo e idade, no presente estudo não se relacionaram com as diferentes evoluções dos sintomas depressivos, contrariando os

estudos que apontam idade mais avançada e sexo feminino, como tendo maiores incidências de depressão(42). Este resultado pode dever-se a uma baixa representação de homens na amostra estudada, bem como o pequeno número de pessoas inquiridas.

## **Potencialidades e limitações**

Foi possível conduzir um estudo num período e num contexto desafiante de acesso: as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIS) foram avaliadas em contexto de pós-pandemia. Essas instituições abrigam uma população que sofreu intensamente com a pandemia e com as suas medidas de controle, por um longo período. Mesmo quando as restrições foram aliviadas para a população em geral, as restrições nas ERPIS persistiram.

Os resultados deste estudo destacam uma elevada prevalência de depressão, acima do esperado, o que realça uma necessidade premente de intervenção nestas estruturas. É essencial promover a normalização das visitas e o contato dos idosos com o mundo exterior, além de implementar medidas de apoio para a recuperação e redução dos sintomas depressivos.

Relativamente às limitações deste estudo, comparativamente aos estudos anteriores sobre o tema (28,29,41), a duração do estudo foi curta, o que pode ter contribuído para a obtenção de resultados diferentes do esperado. Além disso, a amostra estudada é predominantemente composta por mulheres e é bastante reduzida, o que também pode ter influenciado os resultados. Vale a pena ressaltar que apenas uma ERPI foi avaliada e não havia grupo de controle na população geral, o que poderá limitar a generalização dos resultados. Ademais, algumas das correlações estudadas ainda carecem de estudos adicionais para conferir maior valor científico aos resultados esperados.

## **Conclusão**

Considerando as limitações do estudo, foi identificado apenas um fator protetor para o desenvolvimento de depressão num contexto pós-pandémico, que é a coabitação com um cônjuge. Embora os outros fatores estudados possam teoricamente prever, proteger ou desencadear a depressão, não foi encontrada qualquer correlação neste estudo. É importante ressaltar que a prevalência de depressão identificada neste estudo foi maior do que o esperado, o que é uma preocupação e requer uma gestão adequada.

Este tema requer pesquisas futuras para aprofundar o entendimento dos fatores que predizem, protegem ou desencadeiam a depressão, a fim de possibilitar uma melhor gestão de uma patologia muitas vezes silenciosa, que apresenta uma morbidade significativa.

## Bibliografia

1. COVID-19 and Well-being. COVID-19 and Well-being. 25 de novembro de 2021;
2. Modernização do Estado e da Administração Pública - Gabinete da Ministra. Despacho n.º 3614-D/2020, de 23 de março [Internet]. [citado 9 de junho de 2023]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3614-d-2020-130600789>
3. Direção Geral da Saúde. Norma n.º 007/2020 de 29/03/2020. 2020.
4. Direção Geral da Saúde. Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020. 2020.
5. Direção Geral da Saúde. Informação n.º 011/2020 de 11/05/2020. 2020.
6. Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Professionals | CDC [Internet]. [citado 9 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>
7. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs* [Internet]. 1 de setembro de 2021 [citado 8 de dezembro de 2022];42(5):1222. Disponível em: </pmc/articles/PMC8566023/>
8. Dahab L, Dahab L, Abdelgadir K, Obeid T, Dey S, Ahmed M, et al. Effect of COVID-19 Pandemic on Depression and Medications Use on Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 1 de Março de 2021 [citado 8 de Dezembro de 2022];22(3):B20. Disponível em: </pmc/articles/PMC7902226/>
9. Hoffman GJ, Malani PN, Solway E, Kirch M, Singer DC, Kullgren JT. Changes in activity levels, physical functioning, and fall risk during the COVID-19 pandemic. *J Am Geriatr Soc*. 1 de janeiro de 2022;70(1):49–59.
10. Pérez-Rodríguez P, Díaz de Bustamante M, Aparicio Mollá S, Arenas MC, Jiménez-Armero S, Lacosta Esclapez P, et al. Functional, cognitive, and nutritional decline in 435 elderly nursing home residents after the first wave of the COVID-19 Pandemic. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 1 de dezembro de 2021 [citado 29 de maio de 2023];12(6):1137. Disponível em: </pmc/articles/PMC8222945/>
11. Letitia Anne Peplau, Daniel Perlman. Perspectives on loneliness. Em: Letitia Anne Peplau, Daniel Perlman, editores. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. First. New York: Wiley; 1982. p. 1–18.
12. Chawla K, Kunonga TP, Stow D, Barker R, Craig D, Hanratty B. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 1 de julho de 2021 [citado 9 de dezembro de 2022];16(7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34310643/>
13. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 1 de janeiro de 2018 [citado 9 de junho de 2023];13(1). Disponível em: </pmc/articles/PMC5754055/>

14. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 1 de Novembro de 2017;152:157–71.
15. Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 de Fevereiro de 2021;281:235–43.
16. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition [Internet]. Arlington. Arlington, VA; 2013 [citado 8 de dezembro de 2022]. 991 p. Disponível em: [http://encore.llu.edu/iii/encore/record/C\\_\\_Rb1280248\\_\\_SDSM-V\\_\\_P0,2\\_\\_Orightresult\\_\\_X3;jsessionid=ABB7428ECBC4BA66625EDD0E0C5AAFA5?lang=eng&suite=cobalt](http://encore.llu.edu/iii/encore/record/C__Rb1280248__SDSM-V__P0,2__Orightresult__X3;jsessionid=ABB7428ECBC4BA66625EDD0E0C5AAFA5?lang=eng&suite=cobalt)
17. VizHub - GBD Results [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
18. Almeida L, Quintão S. Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port*. 28 de janeiro de 2013;25(6):350–8.
19. VizHub - GBD Results [Internet]. [citado 8 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
20. Domènech-Abella J, Lara E, Rubio-Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico-Urbe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 1 de abril de 2017 [citado 8 de dezembro de 2022];52(4):381–90. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-017-1339-3>
21. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 29 de maio de 2018 [citado 9 de dezembro de 2022];18(1). Disponível em: [/pmc/articles/PMC5975705/](https://pmc/articles/PMC5975705/)
22. Scult MA, Paulli AR, Mazure ES, Moffitt TE, Hariri AR, Strauman TJ. The association between cognitive function and subsequent depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 1 de janeiro de 2017 [citado 4 de maio de 2023];47(1):1–17. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/association-between-cognitive-function-and-subsequent-depression-a-systematic-review-and-metaanalysis/F08047C40E30D4D3A85A1AA1898AC11E>
23. Schaefer JD, Scult MA, Caspi A, Arseneault L, Belsky DW, Hariri AR, et al. Is low cognitive functioning a predictor or consequence of major depressive disorder? A test in two longitudinal birth cohorts. *Dev Psychopathol* [Internet]. 16 de novembro de 2017 [citado 4 de maio de 2023];1–15. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/abs/is-low-cognitive-functioning-a-predictor-or-consequence-of-major-depressive-disorder-a-test-in-two-longitudinal-birth-cohorts/3018BBC183300B97BAEC4CC7A8F6DFEF>

24. Dehn LB, Beblo T. Depressed, biased, forgetful: The interaction of emotional and cognitive dysfunctions in depression. *Neuropsychiatrie* [Internet]. 1 de setembro de 2019 [citado 29 de maio de 2023];33(3):123–30. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-019-0307-4>
25. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 1 de Setembro de 2017;44(3):499–510.
26. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 1 de junho de 2022 [citado 4 de maio de 2023];79(6):550–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35416941/>
27. Brooks JM, Titus AJ, Bruce ML, Orzechowski NM, Mackenzie TA, Bartels SJ, et al. Depression and Handgrip Strength Among U.S. Adults Aged 60 Years and Older from NHANES 2011–2014. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 1 de outubro de 2018 [citado 4 de maio de 2023];22(8):938–43. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30272097/>
28. Briggs R, Carey D, Kenny RA, Kennelly SP. What is the Longitudinal Relationship between Gait Abnormalities and Depression in a Cohort of Community-Dwelling Older People? Data From the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *American Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 1 de janeiro de 2018 [citado 4 de maio de 2023];26(1):75–86. Disponível em: <http://www.ajgponline.org/article/S106474811730430X/fulltext>
29. He M, Ma J, Ren Z, Zhou G, Gong P, Liu M, et al. Association between activities of daily living disability and depression symptoms of middle-aged and older Chinese adults and their spouses: A community based study. *J Affect Disord*. 1 de Janeiro de 2019;242:135–42.
30. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1 de Janeiro de 1982;17(1):37–49.
31. Neto F. Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing* [Internet]. 22 de novembro de 2014 [citado 9 de junho de 2023];11(4):313. Disponível em: </pmc/articles/PMC5549168/>
32. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136> [Internet]. 1 de abril de 2006 [citado 9 de junho de 2023];139(9):1136–9. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.139.9.1136>
33. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* [Internet]. 21 de setembro de 1963 [citado 9 de junho de 2023];185(12):914–9. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/666768>
34. Vaz-Patto M, Bueno B, Ribeiro Ó, Teixeira L, Afonso RM. Association between handgrip strength, walking, age-related illnesses and cognitive status in a sample of Portuguese centenarians. *European Review of Aging and Physical Activity* [Internet]. 1 de julho de 2017 [citado 7 de maio de 2021];14(1):9. Disponível em: <http://eurapa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11556-017-0178-2>

35. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1 de fevereiro de 1991 [citado 9 de junho de 2023];39(2):142–8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
36. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1 de novembro de 1975;12(3):189–98.
37. Isaacs B, Akhtar AJ. The set test: A rapid test of mental function in old people. *Age Ageing* [Internet]. 1 de novembro de 1972 [citado 9 de junho de 2023];1(4):222–6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1093/ageing/1.4.222>
38. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Avaliação Geriátrica.
39. Browne W, Nair BKR. The Timed Up and Go test. *Medical Journal of Australia* [Internet]. 1 de Janeiro de 2019 [citado 9 de Dezembro de 2022];210(1):13-14.e1. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.12045>
40. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2.<sup>a</sup> ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
41. Holvast F, Burger H, De Waal MMW, Van Marwijk HWJ, Comijs HC, Verhaak PFM. Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *J Affect Disord*. 1 de Outubro de 2015;185:1–7.
42. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 1 de maio de 2021 [citado 7 de maio de 2023];16(5). Disponível em: [/pmc/articles/PMC8118343/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34118343/)
43. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 11 de novembro de 2021 [citado 26 de abril de 2023];398(10312):1700. Disponível em: [/pmc/articles/PMC8500697/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348500697/)
44. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1 de outubro de 2016 [citado 27 de abril de 2023];209(4):284–93. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/social-support-and-protection-from-depression-systematic-review-of-current-findings-in-western-countries/F2A2532B9A2259834041AFE67DA72E97>

## **Apêndices**

## Apêndice 1 – Consentimento informado

### CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO (CLIE)

Eu, Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto, investigadora e professora na faculdade de Ciências da Saúde da UBI e investigador principal do estudo RECUP COVID, que pretende avaliar a recuperação da população idosa institucionalizada após o desconfinamento pos-covid e se destina a elaboração de teses de mestrado, venho pedir que connosco colabore, pois sem a sua participação não será possível concretizar com êxito este projeto. O que solicitamos é a sua colaboração na aplicação de escalas de geriatria, sendo que estas trazem como benefícios uma melhor compreensão clínica e psicológica da sua situação e do contexto em que se insere. A este estudo não está associado qualquer risco para os participantes.

Este trabalho envolve como investigadores Ana Deolinda da Conceição Certo Simões, Carlos Alexandre Quirino Laura Silva, Raul Manuel Alves Barata, Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso e Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto e é feito sem apoio financeiro.

Os investigadores envolvidos têm neste projeto benefícios de carácter meramente científico e académico.

A sua confidencialidade está garantida uma vez que os seus dados serão recolhidos de forma codificada sendo que apenas os investigadores (Ana Deolinda da Conceição Certo Simões, Carlos Alexandre Quirino Laura Silva, Raul Manuel Alves Barata, Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso e Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto) têm acesso aos seus dados pessoais, os quais, em todo o caso, não serão divulgados, pois serão utilizados sob codificação. A participação que solicito é voluntária, isto é, não se sinta obrigado a participar, e pode decidir não participar desde o primeiro momento ou noutra qualquer, sem que daí advenham quaisquer prejuízos para si em qualquer perspectiva. Uma vez que a sua decisão de participar é voluntária, livre, e informada pelo presente documento, mas também esclarecida em tudo o que tiver dúvidas, qualquer pergunta, dúvida ou informação adicional de que necessite para a sua decisão poderá ser-me colocada ou transmitida através do meu email – [mariavazpato@gmail.com](mailto:mariavazpato@gmail.com), ou do meu telefone 914094686

Ao assinar este documento confirmo que, em nome da equipa de investigação, transmiti toda a informação nela contida, e expliquei e dei resposta a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Ao assinar esta declaração assumo que irei colaborar livremente, que li e compreendi a informação e os esclarecimentos que me foram dados, e a meu contento, acerca da minha participação, e tive tempo suficiente para me decidir e neles ponderar. Aceito participar nas tarefas que me são solicitadas, sabendo que nada me impede de mudar de posição, sendo que poderei manifestar o desejo de não colaborar, sem que tal implique quaisquer perdas de direitos ou acarrete prejuízos pessoais. Tenho conhecimento de que um original deste documento, assinado por ambos os subscritores, fica em minha posse.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

## Apêndice 2 – Questionário

### Dados gerais

1) Sexo

- a. Feminino
- b. Masculino

2) Idade

---

3) Habilitações (anos que frequentou a escola)

---

4) Ocupação anterior

---

5) Estado matrimonial

- a. Casado
- b. Solteiro
- c. Viúvo recente
- d. Viúvo há mais de 5 anos
- e. Divorciado

6) Nº de filhos

---

7) Vive com familiares (filhos ou cônjuge)

- a. Sim
- b. Não

8) Nº de visitas (por mês)

---

9) Nº de telefonemas (por mês)

---

10) Perceção subjetiva da saúde antes da pandemia

---

11) Perceção subjetiva da saúde depois da pandemia

---

12) Atividades diárias e de lazer: atividades do lar, trabalhos domésticos, caminhadas, missa, cafés, jardinagem, etc (antes pandemia)

---

13) Atividades diárias e de lazer: atividades do lar, trabalhos domésticos, caminhadas, missa, cafés, jardinagem, etc (atualmente pandemia)

---

14) Fuma ou já fumou? (se sim calcular UMA)

---

15) Consome bebidas alcoólica? (se sim quantificar)

---

16) Classes de medicação que toma

---

17) Número de fármacos que toma

---

18) Número de fármacos que toma habitualmente

---

19) Número de fármacos que toma em SOS

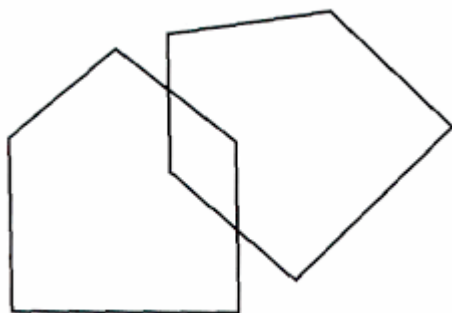
---

### Escalas aplicadas

- 1) Escala de deterioração global (1 a 7)
- 2) Escala de Katz
  - a. Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada (sim-1; não-0)
  - b. Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos (sim-1; não-0)
  - c. Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda (sim-1; não-0)
  - d. Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda (sim-1; não-0)
  - e. Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical) (sim-1; não-0)
  - f. Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa (sim-1; não-0)
- 3) Força de preensão da mão
  - a. 1ª tentativa \_\_\_\_\_
  - b. 2ª tentativa \_\_\_\_\_
  - c. 3ª tentativa \_\_\_\_\_
- 4) Timed Up and go
  - a. <10 segundos
  - b. 11-20 segundos
  - c. 21-29 segundos
  - d. >30 segundos
  - e. Incapaz de realizar teste

5) Mini exame do estado mental

- a. Orientação-Em que ano estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- b. Orientação-Em que mês estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- c. Orientação-Em que dia do mês estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- d. Orientação-Em que dia da semana estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- e. Orientação-Em que estação do ano estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- f. Orientação-Em que país estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- g. Orientação-Em que distrito estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- h. Orientação-Em que terra estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- i. Orientação-Em que casa estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- j. Orientação-Em que andar estamos? (1 se acertar, 0 se falhar)
- k. Retenção-Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las todas de cor: Pera, Gato, Bola. Pode dizer-me agora quais as palavras que disse? (contar 1 por cada palavra corretamente repetida)
- l. Atenção e Cálculo-Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como uma corretas. Parar ao fim de 5 respostas)
- m. Evocação-Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar (Pera, Gato, Bola) (1 ponto por cada resposta correta)
- n. Linguagem-Como se chama isto? (mostrar um relógio e uma caneta) (1 ponto para cada resposta correta)
- o. Linguagem-Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA" (1 ponto para cada resposta correta)
- p. Linguagem-Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa" (dar uma folha segurando com as duas mãos. 1 ponto para pegar com a mão direita, 1 ponto para dobrar ao meio, 1 ponto para colocar sobre a mesa) (1 ponto para ato correto)
- q. Linguagem-Leia o que está no cartão e faça o que lá diz (Mostrar um cartão com a frase bem legível "FECHER OS OLHOS". Se for analfabeto ler a frase (1 ponto se fechar os olhos)
- r. Linguagem-Escreva uma frase inteira neste papel (Entregar folha e caneta. A frase deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)
- s. Capacidade construtiva (1 ponto por cópia correta do desenho com dois pentágonos)



- 6) Teste de Fluência verbal de Isaac
  - a. Queria que me dissesse o maior número possível de cores nos próximos 15 segundos (0 a 10)
  - b. Queria que me dissesse o maior número possível de animais nos próximos 15 segundos (0 a 10)
  - c. Queria que me dissesse o maior número possível de frutos nos próximos 15 segundos (0 a 10)
  - d. Queria que me dissesse o maior número possível de terras/cidades/aldeias nos próximos 15 segundos (0 a 10)
- 7) Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta
  - a. Está satisfeito com a sua vida? (Sim-0, Não-1)
  - b. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades? (Sim-1, Não-0)
  - c. Sente que a sua vida está vazia? (Sim-1, Não-0)
  - d. Sente-se frequentemente aborrecido? (Sim-1, Não-0)
  - e. Na maior parte do tempo está de bom humor? (Sim-0, Não-1)
  - f. Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? (Sim-1, Não-0)
  - g. Sente-se feliz na maior parte do tempo? (Sim-0, Não-1)
  - h. Sente-se frequentemente abandonado / desamparado? (Sim-1, Não-0)
  - i. Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas? (Sim-1, Não-0)
  - j. Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? (Sim-1, Não-0)
  - k. Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? (Sim-0, Não-1)
  - l. Sente-se inútil? (Sim-1, Não-0)
  - m. Sente-se cheio de energia? (Sim-0, Não-1)
  - n. Sente-se sem esperança? (Sim-1, Não-0)
  - o. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.? (Sim-1, Não-0)
- 8) Escala de Solidão UCLA
  - a. Sinto falta de companhia? (Nunca-1;Raramente-2;Às vezes-3;Muitas vezes-4)
  - b. Sinto que faço parte de um grupo de amigos? (Nunca-4;Raramente-3;Às vezes-2;Muitas vezes-1)
  - c. Sinto-me excluído? (Nunca-1;Raramente-2;Às vezes-3;Muitas vezes-4)
  - d. Sinto-me isolado dos outros? (Nunca-1;Raramente-2;Às vezes-3;Muitas vezes-4)
  - e. Sou infeliz por ser tão tímido? (Nunca-1;Raramente-2;Às vezes-3;Muitas vezes-4)
  - f. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo? (Nunca-1;Raramente-2;Às vezes-3;Muitas vezes-4)

## Apêndice 3 – Análise estatística

Tabela 20 - Testes de normalidade para o 1º período em estudo

	<i>outubro de 2021 a março de 2022</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Valor de p<sup>#5</sup></i>
<i>Solidão no 1º momento de avaliação</i>	Piorou	3	0,000
	Manteve	21	<0,001
	Melhorou	3	0,000
<i>Número de visitas</i>	Piorou	3	0,000
	Manteve	21	<0,001
	Melhorou	3	0,000
<i>Telefonemas</i>	Piorou	3	0,263
	Manteve	21	<0,001
	Melhorou	3	0,463
<i>Escala de deterioração global</i>	Piorou	3	0,000
	Manteve	21	<0,001
	Melhorou	3	0,000
<i>Escala de Katz</i>	Piorou	3	0,000
	Manteve	21	<0,001
	Melhorou	3	0,637
<i>Força de preensão da mão</i>	Piorou	3	1,000
	Manteve	21	0,009
	Melhorou	3	0,000
<i>MMSE</i>	Piorou	3	0,363
	Manteve	21	0,138
	Melhorou	3	0,424
<i>Nº de filhos</i>	Piorou	3	0,000
	Manteve	21	0,050
	Melhorou	3	0,637
<i>Idade</i>	Piorou	3	0,490
	Manteve	21	0,001
	Melhorou	3	0,307

#5 Teste de Shapiro–Wilk

Tabela 21 - Testes de normalidade para o 2º período em estudo

	<i>março a agosto de 2022</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Valor de p<sup>#5</sup></i>
<i>Solidão no 1º momento de avaliação</i>	Piorou	4	0,001
	Manteve	20	0,001
	Melhorou	3	0,637
<i>Número de visitas</i>	Piorou	4	.
	Manteve	20	0,002
	Melhorou	3	0,000
<i>Telefonemas</i>	Piorou	4	0,044
	Manteve	20	<0,001
	Melhorou	3	0,000
<i>Escala de deterioração global</i>	Piorou	4	0,024
	Manteve	20	<0,001
	Melhorou	3	1,000
<i>Escala de Katz</i>	Piorou	4	0,024
	Manteve	20	<0,001
	Melhorou	3	0,637
<i>Força de preensão da mão</i>	Piorou	4	0,045
	Manteve	20	0,049
	Melhorou	3	0,281
<i>MMSE</i>	Piorou	4	0,691
	Manteve	20	0,053
	Melhorou	3	0,702
<i>Nº de filhos</i>	Piorou	4	0,272
	Manteve	20	0,056
	Melhorou	3	.
<i>Idade</i>	Piorou	4	0,139
	Manteve	20	<0,001
	Melhorou	3	0,537

#5 Teste de Shapiro–Wilk

Tabela 22 - Testes de normalidade para o período total do estudo

	<i>outubro de 2021 a agosto de 2022</i>	<i>Frequência absoluta</i>	<i>Valor de p<sup>#5</sup></i>
<i>Solidão no 1º momento de avaliação</i>	Piorou	5	0,048
	Manteve	18	<0,001
	Melhorou	4	0,850
<i>Número de visitas</i>	Piorou	5	<0,001
	Manteve	18	<0,001
	Melhorou	4	0,683
<i>Telefonemas</i>	Piorou	5	0,073
	Manteve	18	<0,001
	Melhorou	4	0,017
<i>Escala de deterioração global</i>	Piorou	5	0,006
	Manteve	18	<0,001
	Melhorou	4	0,683
<i>Escala de Katz</i>	Piorou	5	0,046
	Manteve	18	0,005
	Melhorou	4	0,024
<i>Força de preensão da mão</i>	Piorou	5	0,299
	Manteve	18	0,018
	Melhorou	4	0,748
<i>MMSE</i>	Piorou	5	0,678
	Manteve	18	0,298
	Melhorou	4	0,677
<i>Nº de filhos</i>	Piorou	5	0,046
	Manteve	18	0,105
	Melhorou	4	0,001
<i>Idade</i>	Piorou	5	0,329
	Manteve	18	0,002
	Melhorou	4	0,034

#5 Teste de Shapiro–Wilk

Tabela 23 - Testes da igualdade de variâncias na variável MMSE

	<i>Valor de p<sup>#6</sup></i>
<i>outubro de 2021 a março de 2022</i>	0,493
<i>março a agosto de 2022</i>	0,868
<i>outubro de 2021 a agosto de 2022</i>	0,666

#6 – teste de Levene

## **Anexos**

## Anexo 1 – Parecer da comissão de ética



Comissão de Ética  
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@  
ubi.pt Convento de  
Santo António  
6201-001 Covilhã |  
Portugal

### **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-044:ID987**

Na sua reunião de 15 de junho de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto **"RECUP Covid- 19 - Estudo sobre a recuperação do impacto clínico da pandemia Covid-19 em residentes em ERPI's (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas)"**, da proponente **Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-044.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão  
de Ética



Assinado por : **ANA LEONOR SERRA MORAIS  
DOS SANTOS**

Num. de Identificação:

BI112741975 Data:

2021.06.17 14:28:54+01'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos  
Santos) (Professora Auxiliar)