

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Sintomas de stress pós-traumático e estratégias de *coping* de idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as durante a pandemia por COVID-19

Alberto Manuel Freitas Silva, n.º 10244

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Marlene Sousa

Coorientação: Professora Doutora Eunice Barbosa

Fevereiro 2022 



UNIVERSIDADE
DA MAIA – ISMAI

Sintomas de stress pós-traumático e estratégias de *coping* de idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as durante a pandemia por COVID-19

Alberto Manuel Freitas Silva, n.º 10244

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professora Doutora Marlene Sousa

Coorientação: Professora Doutora Eunice Barbosa

Fevereiro 2022

Agradecimentos

Ao finalizar esta etapa tão importante na minha vida, quero exprimir aqui os meus agradecimentos sinceros a todos/as aqueles/as que de alguma forma contribuíram para a concretização desta dissertação.

Agradeço às minhas orientadoras, Professora Doutora Marlene Sousa e Professora Doutora Eunice Barbosa, pela orientação, atenção, dedicação e disponibilidade.

Desejo igualmente agradecer a todos/as os/as professores/as pela forma entusiasta e dedicada com que lecionaram este mestrado e me permitiram adquirir o gosto por todas as matérias.

Um agradecimento a todas/os as/os idosas/os que participaram neste estudo e tiveram a coragem de falar acerca dos seus sentimentos.

Agradeço também aos/às dirigentes e técnicos/as das instituições envolvidas neste estudo pela colaboração prestada.

Agradeço aos/às colegas que realizaram esta caminhada comigo, pela interajuda e camaradagem.

Um agradecimento especial à minha mãe, pelo apoio incondicional, não só nesta fase final, mas ao longo de todo o meu percurso de vida, por estar sempre presente, por acreditar em mim, por me motivar e apoiar nos momentos mais difíceis, tendo sido sempre o meu pilar. Sem ela, não conseguiria chegar até aqui.

A outras pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta dissertação.

Obrigado a todos/as!

Resumo

Tendo em conta as características do processo de envelhecimento, a população idosa pode ser considerada mais vulnerável ao desenvolvimento de patologias associadas com o atual momento de pandemia por COVID-19. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar e comparar os níveis de sintomas de stress pós-traumático na população idosa institucionalizada e não institucionalizada, bem como a associação entre estes sintomas e as estratégias de *coping* utilizadas em tempos de pandemia por COVID-19. Para tal, foi analisada uma amostra de 92 idosos/as, institucionalizados/as ($n = 46$) e não institucionalizados/as ($n = 46$), com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos. A avaliação dos/as participantes foi efetuada com recurso à Escala do Impacto do Evento (IES-6) e ao *Brief-Cope*. Os resultados obtidos indicam que 25% dos/as participantes apresentam níveis clinicamente significativos de sintomas de stress pós-traumático, não se verificando diferenças significativas entre os grupos. Observaram-se associações entre a diminuição dos sintomas de stress pós-traumático e aumento do uso da estratégia de *coping* humor nos dois grupos, e a diminuição das estratégias de *coping* expressão de sentimentos e negação no grupo de idosos/as não institucionalizados/as. Estes resultados apontam para a existência de um número preocupante de pessoas idosas com sintomas de stress pós-traumático, merecendo atenção clínica em tempos de pandemia por COVID-19. Os resultados sugerem que fomentar as estratégias de *coping* de humor poderá ser útil para a redução dos sintomas nos/as idosos/as em geral, bem como evitar estratégias como a expressão de sentimentos e negação nos/as idosos/as não institucionalizados.

Palavras-Chave: População idosa, Sintomas de stress pós-traumático, Estratégias de *coping* , COVID-19, Pandemia

Abstract

Taking into account the characteristics of the aging process, the elderly population may be considered more vulnerable to the development of pathologies associated with the current pandemic moment by COVID-19. Thus, this study aimed to analyze and compare the levels of post-traumatic stress symptoms in the institutionalized and non-institutionalized elderly population, as well as the association between these symptoms and the coping strategies used in times of the COVID-19 pandemic. For this purpose, a sample of 92 institutionalized (n = 46) and non-institutionalized (n = 46) elderly people, aged between 65 and 97 years, was analyzed. The participants were evaluated using the Event Impact Scale (IES-6) and the Brief-Cope. The results obtained indicate that 25% of the participants presented clinically significant levels of post-traumatic stress symptoms, with no significant differences between the groups. Associations were observed between the decrease in post-traumatic stress symptoms and the increase in the use of humor coping strategy in both groups, and the decrease in the coping strategies expression of feelings and denial in the non-institutionalized elderly group. These results point to the existence of a worrying number of elderly people with symptoms of post-traumatic stress, deserving clinical attention in times of pandemic by COVID-19. The results suggest that fostering mood coping strategies may be helpful in reducing symptoms in the elderly in general, as well as avoiding strategies such as expressing feelings and denial in the non-institutionalized elderly.

Key Words: Elderly population, Posttraumatic stress disorder, Coping strategies, COVID-19, Pandemic

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico.....	4
1.1. O Adulto de Idade Avançada e Processo de Envelhecimento.....	4
1.2. População Idosa Institucionalizada vs. Não Institucionalizada	6
1.3. Perturbação de Stress Pós-Traumático	8
1.4. Estratégias de <i>Coping</i>	9
1.5. Pandemia por COVID-19: População Idosa, Sintomas de Stress Pós-traumático e Estratégias de <i>Coping</i>	12
2. Estudo empírico.....	17
2.1. Objetivo geral e objetivos específicos	17
2.2. Participantes.....	18
2.3. Desenho e método de investigação.....	20
2.3.1. Instrumentos.....	20
2.3.1.1. Questionário Sociodemográfico	20
2.3.1.2. Impact of Event Scale (IES-6)	20
2.3.1.3. <i>Brief-Cope</i> (BC)	21
2.4. Procedimentos	21
2.4.1. Procedimentos de recolha de dados	21
2.4.2. Procedimentos de análise de dados.....	23
2.5. Resultados.....	24

2.5.1. Níveis de stress pós-traumático em idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as	24
2.5.2. Níveis de stress pós-traumático e estratégias de <i>coping</i>	25
2.6. Discussão	29
2.7. Conclusão	37
Referências.....	41
Anexos	56

Índice de tabelas

Tabela 1. Caraterísticas sociodemográficas.....	19
Tabela 2. Idade dos/as idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as.....	20
Tabela 3. Análise descritiva dos níveis de sintomas de <i>PTSD</i>	25
Tabela 4. Estatísticas descritivas das subescalas do <i>Brief-Cope</i>	26
Tabela 5. Médias das subescalas do <i>Brief-Cope</i> para idosos/as institucionalizados/as vs. não institucionalizados/as.....	27
Tabela 6. Correlações entre IES-6 e subescalas do <i>Brief-Cope</i>	28

Lista de abreviaturas:

PTSD – *Post-Traumatic Stress Disorder* (Perturbação de Stress Pós-Traumático)

SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda Grave)

INE – Instituto Nacional de Estatística

Introdução

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia devido ao aumento exponencial do número de pessoas infetadas por um novo Coronavírus SARS-COV-2, contraindo a doença designada de COVID-19. O medo da doença, e das consequentes medidas de prevenção (e.g., isolamento social, confinamentos), têm afetado negativamente toda a população (Montemurro, 2020; Wang et al., 2020), em vários e importantes domínios das suas vidas, incluindo o bem-estar físico, mental, social e económico (Mohammadzadeh et al., 2020). O novo coronavírus pode infetar qualquer pessoa. No entanto, observa-se que adultos/as de idade avançada (doravante designados/as de idosos/as) e pessoas em condições médicas preexistentes (e.g., doenças cardíacas, asma, diabetes) são mais vulneráveis ao vírus e propensas a desenvolver a doença, pelo que manifestam os sintomas de forma mais acentuada e apresentam um risco acrescido de morte prematura (OMS, 2020). Psicologicamente, são os/as mais velhos/as que tendem a sofrer mais com o isolamento, e que possuem menos formas de diminuir ou abrandarem o seu sofrimento (Peng et al., 2010). Por estes motivos, esta população é alvo de preocupação acrescida, política, clínica e socialmente (Silva et al., 2020).

O isolamento social, em particular, pode gerar sentimentos de angústia, medo, incerteza, dúvidas relacionadas com o vírus, além das alterações do seu estilo de vida (OMS, 2020). Todos estes fatores podem provocar um aumento dos níveis de stress, resultando em alterações neurobiológicas, cognitivas e emocionais (Nemeroff, 2004). Segundo Cooke et al. (2020) existem evidências da presença de elevados indicadores de stress psicológico devido à pandemia por COVID-19, sendo, por isso esperado, consequências a longo prazo, principalmente naqueles/as que se apresentam mais frágeis (Kanzler & Ogbeide 2020). Se mesmo para as pessoas mais jovens, o medo de contrair a doença e/ou de morrer é acrescido, para os/as adultos/as de idade avançada, nos/as quais a taxa de mortalidade por COVID-19 é

significativamente maior (OMS, 2020), é de esperar que apresentem maiores índices de medo e stress face à doença. Em particular, os/as adultos/as de idade avançada que estão institucionalizados/as parecem apresentar mais fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de *PTSD*. As comorbidades que lhes são inerentes, o facto de residirem num local com várias pessoas e de dependerem mais de terceiros para executarem as suas tarefas diárias, fazem deles/as mais frágeis e vulneráveis, apresentando por isso maior dificuldade para se reerguerem de alguma contrariedade a nível de saúde (Moraes et al., 2020). No entanto, escasseiam estudos que avaliem os níveis de stress pós-traumático em adultos/as de idade avançada, durante a pandemia. Além disso, não existe consenso na comunidade científica e académica, quanto à vulnerabilidade das pessoas idosas para o desenvolvimento da *PTSD*. Existem estudos que indicam que o fator idade não está relacionado com a incidência da *PTSD* (Sun et al., 2021), nem com o stress psicológico (Zhang & Ma, 2020). Portanto, torna-se relevante investigar e clarificar o impacto da atual pandemia na saúde mental dos/as adultos/as de idade avançada em termos de sintomas associados à *PTSD*. Além disso, perceber as estratégias que devem ser trabalhadas ou potenciadas nesta população com vista à prevenção e tratamento desta problemática é fundamental do ponto de vista clínico. Alguns estudos têm apontado as estratégias de *coping* usadas pelos/as adultos/as de idade avançada como fundamentais na adaptação às adversidades (e.g., Fuller & Huseth-Zosel, 2021).

Neste contexto, este estudo tem como objetivo geral perceber de que forma a pandemia por COVID-19 afetou a vida das pessoas idosas em termos de sintomas de stress pós-traumático, e quais as estratégias de *coping* utilizadas pelas mesmas para lidarem com esta adversidade, comparando idosos/as institucionalizados e não institucionalizados/as.

A presente dissertação está estruturada em dois capítulos. O primeiro capítulo engloba um enquadramento teórico dos fenómenos em estudo, abordando o processo de

envelhecimento, a população idosa institucionalizada e não institucionalizada, a perturbação de stress pós-traumático, as estratégias de *coping* e o impacto da pandemia por COVID-19 na população idosa, tendo em conta os possíveis sintomas de stress pós-traumático e as estratégias de *coping* utilizadas.

O segundo capítulo é composto pelo estudo empírico, acompanhado da argumentação da pertinência da produção da atual investigação, pelo objetivo geral e específicos. Ademais, a segunda secção deste trabalho abarca ainda a caracterização da amostra, dos instrumentos psicométricos e procedimentos associados à recolha e tratamento dos dados. Em última instância, é apresentada uma descrição detalhada dos resultados, seguida de uma discussão dos mesmos, e uma conclusão onde, também, se apontam limitações do estudo e sugestões futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. O Adulto de Idade Avançada e Processo de Envelhecimento

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a terceira idade inicia-se entre os 60 e os 65 anos (OMS, 2002). Até à década de 60 do século passado a população idosa era percecionada como infantilizada, apelando à caridade, como se estivesse em decadência (Groisman, 1999), num patamar de pobreza, inatividade e ausência de cuidados de saúde, o que a colocaria à margem da vida social e cultural (Duarte, 1999). Hoje em dia, o/a idoso/a ainda é visto/a por algumas pessoas como tendo capacidades diminuídas e, por isso, vulnerável e dependente da família. Já outras, veem neles/elas sabedoria e tranquilidade. Na verdade, o processo de envelhecimento abarca ambas as realidades (Fechine & Trompieri, 2012). Por se tratar de um processo multidimensional, comum a todos/as nós, e que envolve a interação de diversos fatores, o envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial, inevitável e irreversível (Galvão et al., 2020).

A nível biológico, ocorrem alterações corporais e neurológicas entrando o organismo em declínio (e.g., diminuição da imunidade, capacidade pulmonar, fluxo sanguíneo, frequência cardíaca, entre outros aspetos). Verifica-se ainda o declínio de diversas funções e competências cognitivas (e.g., memória, raciocínio), sensoriais e percetivas (e.g., visuais e auditivas), que aumentam a necessidade de cuidados na execução de atividades que, outrora, eram realizadas de forma autónoma (Cancela, 2007).

A nível social, considera-se idoso/a a pessoa que se retira do mundo laboral e se reforma, pelo que tende a ser percecionado/a como inativo/a e não produtivo/a (Schneider & Irigaray, 2008). Contudo, há já algum tempo que os aspetos positivos associados ao processo de envelhecimento são investigados, pois os/as mais velhos/as também são capazes de se sentirem realizados/as e felizes (Galvão et al., 2020).

Erickson (1987) propôs a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento, na qual incluiu o envelhecimento no oitavo estágio (i.e., Desespero vs. Integridade), o último do ciclo vital. Aqui, o sujeito reflete e avalia a sua vida, sendo possível um desfecho positivo com sentimentos de felicidade, ou um desfecho negativo com mágoa e com insatisfação com a vida (Galvão et al., 2020).

Assim, o envelhecimento não se pode resumir à dimensão cronológica ou genética, mas antes ao somatório dos eventos de vida da pessoa (Fechine & Trompieri, 2012; Schneider & Irigaray, 2008), dos fatores biopsicossociais complementares, como os contextos histórico, cultural, económico e geopolítico, sem esquecer o género, a classe social, os padrões de saúde individuais e coletivos (Schneider & Irigaray, 2008). Assim, é um processo pessoal, cuja celeridade varia de caso para caso (Cancela, 2007).

Ao invés da velhice, o conceito de terceira idade promove a conceção de uma nova fase do ciclo vital, com potenciais realizações pessoais. Assim, para além da idade ou fase de vida, cada um vivencia as experiências do seu modo, dadas as idiossincrasias inerentes (Groisman, 1999). Para a OMS (2002), o essencial não é tanto o tempo cronológico de vida, mas antes, a qualidade do mesmo para o/a idoso/a, considerando importante um envelhecimento ativo, que engloba a saúde, a segurança e a inclusão social (OMS, 2002). Nesse sentido, foram desenvolvidas políticas de envelhecimento ativo, de modo a garantir e satisfazer as necessidades específicas desta população (e.g., investimento na aprendizagem ao longo da vida; promoção do voluntariado social; permanência no meio habitual de vida, o mais tempo possível) (Domingos, 2012), de modo a garantir e satisfazer as necessidades específicas desta população. Importa ainda referir que, segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2080 o número de idosos situar-se-á nos 2.8 milhões, sendo que a população jovem não chegará a um milhão de indivíduos, existindo assim um envelhecimento populacional (INE, 2017).

1.2. População Idosa Institucionalizada vs. Não Institucionalizada

O aumento da longevidade é sinónimo de conquista para a Humanidade, mas apresenta desafios, uma vez que, associado à mesma, surge a institucionalização da população idosa, como medida social. Este é um fenómeno em crescimento pois, por vezes, não é possível aos familiares tratar e cuidar destas pessoas (Galvão et al., 2020). No entanto, diversos fatores biopsicossociais podem interferir com a adaptação e o bem-estar físico e mental do/a idoso/a institucionalizado/a, o que pode levar à quebra do vínculo familiar, maior dependência, redução da autonomia ou perda das capacidades funcionais (Leal et al., 2021). Em alguns casos, a adaptação à instituição é um processo difícil para o/a idoso/a, que enfrenta múltiplas mudanças no seu estilo de vida (Galvão et al., 2020).

O processo de institucionalização, muitas vezes, reflete as lacunas da estrutura familiar (e.g., financeiras, afetivas, mobilidade geográfica) ou a degradação das condições de habitação dos/as idosos/as, podendo também dever-se a fatores relacionados com a debilidade física e falta de resposta por parte dos serviços sociais (e.g., apoio domiciliário). Torna-se, portanto, útil a institucionalização do/a idoso/a porquanto este/a irá ver aumentada a possibilidade de participação social, que irá ajudar no aumento da sua qualidade de vida (Gomes & Neves, 2010).

Alguns estudos têm demonstrado que idosos/as institucionalizados/as em regime permanente evidenciam satisfação em relação à qualidade dos serviços usufruídos, mas apresentam níveis de felicidade abaixo do que seria desejável (Galvão et al., 2020). Estes, tendem a resistir a atividades de lazer, em detrimento de atividades do dia (e.g., alimentação, sono), que podem prejudicar a sua qualidade de vida, incrementando o isolamento social e apatia, algo que pode promover a sua inatividade (Gomes & Neves, 2010). Esgalhado et al. (2014) sugeriram que idosos/as em regime permanente de institucionalização, apresentam mal-estar psicológico (e.g., depressão), sendo que a maioria refere sentimentos de solidão e

insatisfação relativamente ao ambiente, às atividades sociais realizadas e às redes sociais de apoio, tendo por isso, uma visão negativa, de si, ou da vida que experienciam. Já os/as idosos/as não institucionalizados/as, têm mais facilidade em criar vínculos com outros/as idosos/as, o que gera sensações de bem-estar, maior liberdade e autonomia (Galvão et al., 2020).

Alguns estudos (e.g., Gomes & Neves, 2010) que comparam idosos/as institucionalizados/as com não institucionalizados/as, indicaram que a maioria preferia o contexto não institucional, pois este permite: (i) experienciar a vida de forma mais ativa; (ii) ser mais produtivo e valorizado; (iii) sentir mais satisfação com a vida; (iv) aumentar a disponibilidade para interagir de forma mais diversificada; (v) ocupar mais o tempo livre; (vi) conviver mais com familiares e outras pessoas; (vii) desenvolver tarefas domésticas e (viii) incrementar a capacidade física e mental. Estes/as idosos/as apresentam mais dinamismo e espírito de iniciativa e, por estarem mais ocupados/as com várias atividades, focam-se menos nas suas limitações físicas. Por seu lado, com os/as idosos/as institucionalizados/as, tal já não se verifica. Pese embora gratos/as com a instituição, são mais sedentários/as, resignados/as e apáticos/as e mais dependentes para a realização de atividades básicas, instrumentais ou de lazer (Gomes & Neves, 2010). Outros estudos (e.g., Souza et al., 2013) acrescentam ainda que os/as idosos/as institucionalizados/as apresentam maior probabilidade de comprometer as capacidades funcionais, o que aumenta o risco de acidentes, ou desenvolvimento de perturbações neurocognitivas. As dificuldades sentidas pelo/a idoso/a institucionalizado/a, ampliam o problema, pelo que é provável que desenvolvam mais perturbações, ou défices cognitivos, quando comparados com aqueles que mantêm a sua residência (Gomes & Neves, 2010). Acresce que, em termos de saúde mental, os/as idosos/as institucionalizados/as apresentam maiores probabilidades de desenvolver patologias, entre outros fatores (e.g., depressão, isolamento, solidão, maior dependência de terceiros, perda do/a companheiro/a),

pois demonstram menor desempenho cognitivo do que os seus congéneres não institucionalizados (Trindade et al., 2013). Por este motivo, as políticas sociais têm incidido no respeito pela vontade dos/as idosos/as, que preferem permanecer nas suas casas até ao final das suas vidas (Machado, 2014). Assim, conclui-se que o contexto é crucial para a manutenção de um estilo de vida mais ativo e saudável (Gomes & Neves, 2010). Frade et al. (2015) sugeriram a necessidade de adoção de medidas que considerem este facto, para minimizar as consequências da institucionalização. Contudo, a institucionalização é compatível com a satisfação com a vida e rede social de apoio (Calixto & Martins, 2010). Esgalhado et al. (2014), sugeriram que os fatores mais importantes para o bem-estar dos/as idosos/as, e nos quais se deverá investir, é o suporte social, que contribuirá para o envelhecimento ativo, e de qualidade, qualquer que seja o contexto em que o/a idoso/a vive.

1.3. Perturbação de Stress Pós-Traumático

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, 5ª ed. (DSM-5) (*American Psychiatric Association [APA], 2013*), a Perturbação de Stress Pós-Traumático (*PTSD*) é uma perturbação que se desenvolve na sequência da reação a uma situação ou evento, percecionado como ameaçador ou catastrófico (APA, 2013) i.e., após a exposição a uma situação traumática, a um evento de vida trágico ou depois de presenciar acontecimentos envolvendo situações de morte, lesão ou ameaça à integridade física (Lin et al., 2007). A *PTSD*, sendo uma perturbação incapacitante, caracteriza-se essencialmente pela reexperimentação do evento traumático, pelo evitamento de estímulos a ele associados e pela presença persistente de sintomas de hiperexcitação. O diagnóstico é efetuado se os sintomas perseverarem por quatro semanas após o acontecimento traumático, causando danos consideráveis tanto a nível social como ocupacional (Figueira & Mendlowicz, 2003). Os indivíduos diagnosticados com esta perturbação, costumam ter reações como excitação

aumentada, stress, prejuízo funcional, reações dissociativas, pesadelos, memórias intrusivas, humor e pensamentos negativos, medo, irritabilidade (Maeng & Milad 2017) e decréscimo na qualidade do sono (Mellman et al., 2002).

A *PTSD* afeta a qualidade de vida das pessoas (Karam et al., 2014), havendo estudos que referem que, devido à vulnerabilidade ao stress na população idosa, é comum a existência de perturbações de ansiedade com uma percentagem que varia entre 10 e 14% (Perna et al., 2016). Ademais, tem sido constatado em alguns estudos efetuados (e.g., Zayfert et al., 2002) que pacientes com *PTSD* apresentam níveis mais elevados de comorbilidades em comparação com pacientes com outras perturbações psicológicas.

Autores como Qi et al. (2020) destacaram que a *PTSD* tem maior prevalência nas mulheres, uma vez que estas tendem a apresentar índices mais elevados de ansiedade (Mohammadzadeh, et al., 2020). Wang et al. (2007), corroboraram este facto, ao sugerir que o género tem um peso importante para determinar a vulnerabilidade ao stress psicossocial.

Concluindo, situações adversas e de stress vivenciadas de forma continuada, são um potencial para o desenvolvimento de sintomas de *PTSD*, principalmente em populações mais vulneráveis, como é o caso dos/as idosos/as (Karam et al., 2014).

1.4. Estratégias de *Coping*

Antoniazzi et al. (1998), afirmaram que o *coping* é a manifestação de um processo dinâmico que reúne uma série de esforços cognitivos e comportamentais (estratégias), na tentativa de se adaptar e responder a situações adversas ou de stress que comprometem o seu bem-estar. Importa ainda a distinção entre estilos e estratégias de *coping*. Estilos de *coping* referem-se às características da personalidade. As estratégias de *coping*, por seu lado, dizem respeito às ações cognitivas ou comportamentais para lidar com o stress, podendo os estilos influenciar nas estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998). Ao longo desta dissertação

serão explorados os conteúdos referentes às estratégias de *coping*, sendo que os autores tendem a denominá-las por apenas “*coping*”.

Folkman e Lazarus (1980) propuseram uma teoria sobre o *coping* que parece explicar as opções por determinadas estratégias na tentativa de enfrentar um evento complexo, sendo este um dos modelos mais utilizados na investigação atual. Este modelo refere que face a uma experiência adversa ou de stress, o *coping* ocorre quando: (i) há uma interação entre sujeito e meio envolvente; (ii) o seu objetivo é a gestão do evento adverso/stressante e não o seu controlo ou domínio; (iii) há uma avaliação implícita no processo (i.e., o fenómeno é entendido, interpretado e representado pelo sujeito); e (iv) o sujeito reúne um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais específicos para diminuir ou tolerar as exigências, internas e externas, que surgem na sua interação com o meio.

Considera-se assim que a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, direcionada a um stressor percebido, orientado para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984). Para os/as autores/as, as tentativas de responder a um stressor, independentemente da sua natureza, resultado, ou de serem boas ou más, podem ser considerados como *coping*. Os/as autores/as consideram ainda que as respostas ao stress podem ser feitas de forma a manipular (i.e., tentativa de modificação, compreensão ou afastamento do evento stressor), ou acomodar (i.e., evitamento de ação perante o evento, e consequente adaptação). Importa ainda referir que acomodação ao evento, poderá ter consequências positivas (e.g., através da meditação) ou negativas (e.g., consumo de substâncias). Em suma, o indivíduo avalia inicialmente a fonte de stress de forma cognitiva (i.e., avaliação primária) e depois avalia os recursos e opções de enfrentamento para lidar com o elemento causador de stress (i.e., avaliação secundária) (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de *coping* podem ainda ser focadas: (i) no problema (i.e., dirigidas para a sua resolução); (ii) nas emoções (i.e., visando a sua regulação) (Lazarus, 1996). Assim, e no

primeiro caso, as potenciais ameaças, são geridas na tentativa de melhorar a situação, ou a relação com o meio envolvente. Estas pessoas estão mais interessadas em resolver o problema do que tentar alguma distração ou evitá-lo (Antoniazzi et al., 1998). No segundo caso, a pessoa tenta regular a resposta emocional ao dano ou ameaça percebida, tentando promover um novo significado, ou regulando a sua experiência subjetiva para diminuir a sensação física desagradável do stress.

Alguns estudos sugerem ainda que o *coping* focado no problema se mantém com a idade (Aldwin, 1991). No entanto não existe consenso científico relativo a este tópico, uma vez que outros autores sugerem o que o *coping* direcionado para o problema tende a diminuir com a idade (e.g., Folkman et al., 1987). Além disso, há literatura que afirma que os/as mais velhos/as tendem a adotar estratégias mais focadas na emoção, quando comparados/as com os/as mais jovens (Lazarus, 1996). A investigação evidencia, também, que em alguns casos, os/as mais velhos/as usam menos estratégias de *coping* (Logan et al., 2006).

Contudo, existem estudos que indicam que o tipo de estratégias de *coping* usadas pelos/as mais velhos/as depende do problema em questão. Especificamente, os/as idosos/as tendem a optar pelas estratégias focadas no problema sempre que se deparam com stressores que eles consideram ser controláveis (e.g., problemas menores de saúde). Já perante stressores considerados incontroláveis (e.g., luto ou situações graves de saúde), os/as idosos/as tendem a usar as estratégias baseadas nas emoções (Aldwin, 2007). Por vezes, a população idosa, de forma estratégica, desconsidera certos problemas, procurando assim evitar a inquietude, física e psicológica que conduziria ao stress (Aldwin, 2007).

No que concerne à eficácia do *coping* também não são evidentes diferenças em função da idade (Aldwin et al, 1996). Alguns autores (Guimarães & Neves, 2011; Stowell et al, 2001; Talarico et al., 2009; Yu et al., 2020) consideram ativo o *coping* no qual há esforços de enfrentamento do individuo ao cerne do problema, promovendo mudanças. No sentido

inverso, o *coping* passivo refere-se às atitudes de esquiva e fuga ao problema. No *coping* passivo, i.e., focado na emoção, o indivíduo opta por agir de forma defensiva em relação ao problema (e.g., relativizar a situação) (Amatea & Fong-Beyette, 1987). O *coping* passivo, geralmente, é utilizado por pessoas idosas, pois são estas que experienciam mais situações de desespero ou depressivas. Alguns estudos sugerem que o uso de determinadas estratégias de *coping*, em caso de doença, pode conduzir a um resultado positivo, como ocorre, por exemplo, com a aceitação (Yancura & Aldwin, 2008).

Salienta-se ainda que a “escolha” da estratégia de *coping* adotada tende a ser influenciada pelo resultado obtido em experiências prévias (Yancura & Aldwin, 2008).

Importa ainda referir que a adoção de uma estratégia adequada pode diminuir o sofrimento, em sentido contrário, a utilização de estratégias inadequadas pode conduzir ao seu aumento (Lazarus, 1996; Yancura & Aldwin, 2008). Em consequência, as estratégias de *coping* utilizadas pelos idosos podem impactar profundamente a sua saúde e bem-estar (Yancura & Aldwin, 2008).

1.5. Pandemia por COVID-19: População Idosa, Sintomas de Stress Pós-traumático e Estratégias de *Coping*

A 31 de dezembro de 2019, surgiu em Wuhan, uma nova doença infecciosa, que desencadeou um surto endémico, caracterizado por uma pneumonia infecciosa aguda. Este surto foi causado por um novo Coronavírus, do género *Betacoronavirus*, cujo nome significa *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-Cov-2). O nome da síndrome por ele provocada, deriva da junção dos termos em inglês, “*Corona*”, “*vírus*” e “*disease*”. Dezanove (19) por seu lado, é uma referência ao ano do seu surgimento (i.e., 2019). Assim sendo, a síndrome foi posteriormente designada *Coronavírus Disease* (COVID-19) (Bao et al., 2020).

A doença revelou um enorme potencial pandémico. Pode definir-se como pandemia, qualquer surto de uma doença que se propague, de forma rápida e exponencial, a todos os continentes, e que perdure por tempo indeterminado (Resende, 1998). Assim, e devido ao aumento exponencial do número de casos confirmados em todo o mundo, no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a pandemia por COVID-19 (Mohammadzadeh et al., 2020).

A COVID-19 apresenta diversos sintomas (e.g., febre, fadiga, tosse seca, obstrução e secreção nasal, dor de garganta, desconforto e dor abdominal, vômitos e diarreia), sendo que, pessoas infetadas poderão ser assintomáticas. Os grupos de risco para a COVID-19, incluem: (i) pessoas idosas; (ii) pessoas com doenças crónicas (e.g., cardíaca, pulmonar, neoplasias ou hipertensão arterial); (iii) sistema imunitário comprometido; (iv) pessoas alvo de quimioterapia ou tratamentos para doenças autoimunes (e.g., artrite reumatoide, lúpus, esclerose múltipla); (v) infetados/as pelo VIH/sida; e (vi) doentes transplantados (Mohammadzadeh et al., 2020). Parte da população, quando infetada, não necessita de especiais cuidados nem internamento. Todavia, alguns podem desenvolver infeções agudas graves, e por vezes letais, sobretudo a população idosa (Brooke & Jackson, 2020) que, por norma, apresenta já comorbilidades potenciadoras da severidade da doença (Rocha et al., 2020). Alguns estudos (e.g., Chen et al., 2020), sugerem que aqueles que perderam a vida devido à doença, tinham como fator de risco associado, a idade acima dos 60 anos. Estes casos têm consequências para a saúde mental das pessoas, sobretudo as mais vulneráveis (Montemurro et al., 2020; Sturza & Tonel, 2020).

O aumento exponencial do número de casos, devido à rapidez de difusão e dificuldade na contenção da doença que se transmite pela proximidade e contacto físico, gerou, um pouco por todo o mundo, um cenário trágico e caótico. Em consequência, os líderes políticos, aconselhados pela OMS, não demoraram a agir, impondo medidas

consideradas restritivas das liberdades individuais, potencialmente inconstitucionais (e.g., restrições da liberdade de circulação e reunião, confinamento, distanciamento social), associadas a medidas sanitárias (e.g., lavagem e desinfecção das mãos) como forma de travar o contágio. Adicionalmente, e sempre que os números de novos contágios ultrapassaram os valores aceitáveis, as pessoas viram-se obrigadas ao isolamento social, através da imposição de quarentenas (Usher et al, 2020). Os benefícios, a curto prazo, das medidas de contenção da doença são amplamente conhecidos. No entanto, convém perceber os seus malefícios para a saúde mental. Alguns estudos já foram avançando com resultados a este nível. Especificamente, Usher et al. (2020), mostraram que estas medidas prejudicam as atividades sociais e relacionais. Brooks et al. (2020) afirmam que uma quarentena pode promover o surgimento de sintomas de stress, sendo o respetivo risco proporcional à duração do confinamento. Alguns autores (e.g., Rocha et al., 2020) sugerem que o distanciamento físico e social, pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade física, psíquica e emocional da população idosa. Rocha et al. (2020), por seu lado, sugeriram que o respetivo impacto é proporcional à duração da situação pandémica. Hawryluck (2004) considera que a própria quarentena pode potenciar traumas, gerando sentimentos negativos de angústia e sintomas depressivos. Em suma, o número de pessoas afetadas psicologicamente supera o número de infetados com a COVID-19 (Ornell et al., 2020).

O medo, sentimento inerente aos mecanismos de sobrevivência e outros processos biológicos, permite sobreviver a eventos potencialmente perigosos, mas pode ser prejudicial, caso não se adegue à realidade vivenciada (Viana, 2020). Esse, entre outros sentimentos como o stress psicológico, a raiva e a frustração (Zhang & Ma, 2020), parecem estar presentes durante a pandemia por COVID-19, cuja principal característica é o seu efeito inesperado. Este efeito, coloca em risco a saúde mental das pessoas mais vulneráveis, podendo mesmo originar o desenvolvimento de perturbações (Lima et al., 2020; Ornell et al.,

2020). Tal poderá ficar a dever-se a informação desadequada sobre a doença e tratamento (Barros et al., 2020), à incerteza relativamente ao futuro, ao nível económico, educacional, saúde, desemprego, desamparo, estigmatização por ser portador da doença, ou da morte (Barros et al., 2020; Lima et al., 2020).

No passado, doenças como a *SARS* foram contidas com medidas de restrição idênticas às atuais (Hawryluck et al., 2004), tendo sido verificado o aumento do sofrimento a nível psicológico (Haider et al., 2020; Peng et al., 2010), mesmo depois de o surto ter terminado. Em consequência, cerca de um décimo da população demonstrou algum pessimismo, sobretudo aqueles com mais de 60 anos. Por outro lado, verificou-se um aumento de psicopatologia em 11.7% das pessoas (Peng et al., 2010). Foi ainda demonstrado que, a longo prazo, a *PTSD* se mostrou mais persistente nos sobreviventes da *SARS*, sendo que a sua incidência, nos meses seguintes, aumentou para 47.8% (Mak et al., 2009). Segundo Sun et al. (2021), uma parte da população chinesa (i.e., 4.6%) apresentou sintomas agudos de stress, um mês após o surto de COVID-19. Outros autores (e.g., Salehi et al., 2021), sugeriram que os sintomas agudos de stress prevaleceram em 36% das pessoas no caso do surto de MERS-CoV, 18% no caso de *SARS*, e em 9% no caso da COVID-19. Segundo Bo et al. (2021), podem surgir sintomas de stress em pacientes com COVID-19, devido às consequências da pandemia supradescritas.

Múltiplas evidências sugeriram que a população idosa tem mais probabilidade de sofrimento psicológico face à COVID-19, uma vez que são mais vulneráveis e frágeis, apresentando por vezes, comorbilidades (Zhou et al., 2020). Pode ser o caso dos/as idosos/as institucionalizados/as (Zhou et al., 2020) que deixaram de receber visitas de amigos e familiares, devido às medidas restritivas e de isolamento (Davies et al., 2020). Pode ocorrer alguma dificuldade na adesão aos novos hábitos por parte dos/as idosos/as, dada a inflexibilidade cognitiva que, por vezes, os/as caracteriza, ou quando possuem traços de

personalidade que potenciem essa postura (Lucas & Donnellan, 2011). As estruturas residenciais para idosos/as, são locais com potencial para transmitir o vírus da COVID-19, pois segundo alguns estudos (e.g., Moraes et al., 2020), existe uma alta taxa de transmissibilidade e de mortalidade. Como tal, os/as idosos/as foram impedidos/as de receber visitas, o que contribuiu para o aumento de problemas psicológicos (Fisher et al., 2020). Idosos/as que vivam sozinhos/as ou em instituições de longa permanência, têm menos contactos com familiares ou outras pessoas, e sofrem mais com as medidas restritivas e de isolamento (Vechia et al., 2019) que podem provocar sentimentos de alienação e emoções negativas (Zhu et al., 2021). Além disso, este evento foi experienciado como traumático, por algumas destas pessoas, que viram perigar as suas vidas, ou morrer entes queridos (00, 2020). Este facto, por si só, pode levar ao desenvolvimento de sintomas de *PTSD*. Neste sentido, e tendo por base os resultados encontrados em pandemias anteriores (e.g., aumento de sintomas de stress) (Haider et al., 2020) e o impacto da pandemia por COVID-19 na população idosa (Costa et al., 2020), os/as idosos/as podem ser propensos/as ao desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático, em particular os/as idosos/as institucionalizados/as. Este cenário é alarmante dadas as consequências negativas no seu funcionamento e bem-estar (Trindade et al., 2013).

É sabido que perante estas situações as pessoas tendem a reagir através da adoção de estratégias de *coping*, que funcionam como recursos cognitivos e comportamentais flexíveis, para lidar com as consequências de eventos internos e externos, percecionados como ameaçadores, e que poderão exceder os recursos da pessoa (Lazarus, 1996). Segundo Lucas e Donnellan (2011) pessoas mais idosas têm maior poder de autorregulação e evitam mais os comportamentos de risco, o que pode ajudar na aceitação das medidas de proteção, levando-as a adotar comportamentos mais ajustados, de acordo com aquilo a que a atual situação obriga. Contudo, a aceitação e adesão às medidas de proteção implicam isolamento e

distanciamento social e todas as consequências que daqui advém, potenciando o desenvolvimento de sintomas de stress pós-traumático, tal como já foi referido anteriormente. Importa, então, perceber os níveis de sintomatologia de stress pós-traumático e quais as estratégias de *coping* que mais se adequam para prevenir ou lidar com estes sintomas. Estudos nesta área permitem perceber o quanto e como as pessoas foram afetadas, bem como a forma como reagiram e lidaram com o evento, o que é de enorme relevância, científica e social, na medida em que a investigação existente é parca (Justo-Alonso et al., 2020). Assim, o presente estudo propõe-se a analisar sintomas de stress pós-traumático em idosos/as e avaliar a associação entre as estratégias de *coping* e os níveis de stress pós-traumático nessa população durante a pandemia por COVID-19.

2. Estudo empírico

A fase metodológica preconiza a operacionalização do estudo, abordando-se aqui os/as participantes, desenho e método de investigação e os procedimentos utilizados na recolha e análise dos dados.

2.1. Objetivo geral e objetivos específicos

O objetivo geral do presente estudo é analisar os sintomas de stress pós-traumático na população idosa e avaliar a associação entre os níveis de stress pós-traumático e as estratégias de *coping* utilizadas por esta população durante a pandemia por COVID-19.

Foram ainda definidos como objetivos específicos: (i) avaliar e comparar os níveis de stress pós-traumático entre o grupo dos/as idosos/as institucionalizados/as e o grupo dos/as idosos/as não institucionalizados/as, (ii) analisar e comparar as estratégias de *coping* por estes/as utilizadas e iii) avaliar a relação entre os níveis de stress pós-traumático e as estratégias de *coping* em cada grupo.

2.2. Participantes

Para o presente estudo foram selecionados/as um total de 92 idosos/as, dos/as quais 46 (50%) se encontravam institucionalizados/as e os/as restantes 46 (50%) residiam na comunidade. No total, 61 são do sexo feminino e 31 pertencem ao sexo masculino, tendo idades compreendidas entre 65 e 97 anos ($M = 77.6$, $mínimo = 65$, $máximo = 97$, $DP = 8.56$), sendo a maioria dos/as participantes casados/as, ou a viver em união de facto ($n = 38$, 41.3%) (Tabela 1). Todos/as os/as idosos/as envolvidos/as tinham capacidade de compreensão e interpretação, tendo sido definidos como critério de exclusão a idade inferior a 65 anos e apresentação de um quadro/diagnóstico de demência e défice cognitivo. Os/as participantes institucionalizados/as são idosos/as que estão distribuídos/as por três lares da região norte do país e os/as participantes não institucionalizados/as são idosos/as da comunidade, da mesma faixa etária e região, recrutados/as a partir da rede social dos elementos da equipa deste projeto, por efeito de bola de neve.

Foi possível constatar, na Tabela 1, que a amostra se apresenta equilibrada, sem existência de discrepância considerável de participantes do mesmo sexo nos diferentes grupos, podendo ser observado um número muito similar entre homens institucionalizados e não institucionalizados ($n = 15$) e ($n = 16$), respetivamente. O mesmo ocorre com as mulheres, apresentando praticamente o mesmo número na distribuição: institucionalizadas ($n = 31$) e não institucionalizadas ($n = 30$).

No que concerne à idade (Tabela 2), apurou-se que a média de idades dos/as idosos/as institucionalizados/as ($M = 81.96$; $DP = 8.302$) é superior à média de idades dos/as idosos/as não institucionalizados/as ($M = 73.28$; $DP = 6.393$). A idade mínima constatada nos dois grupos é igual (65 anos), já a idade máxima observada é diferente, sendo maior nos/as idosos/as institucionalizados/as (97 anos) do que nos/as idosos/as não institucionalizados/as (87 anos).

Relativamente ao estado civil, foi observada maior predominância de participantes casados/as ou em união de facto nos/as idosos/as não institucionalizados/as (n = 27), enquanto os/as solteiros/as (n = 10) e viúvos/as (n = 3) prevalecem nas instituições.

No que tange à escolaridade, esta também se apresenta equilibrada, com um número muito aproximado de participantes analfabetos/as institucionalizados/as (n = 5) e não institucionalizados/as (n = 4), pessoas que sabem apenas ler e escrever institucionalizadas (n = 4) e não institucionalizadas (n = 4). Relativamente às habilitações literárias, ambos os grupos são constituídos por idosos/as com diferentes níveis de escolaridade, mas grande parte deles/as tem o 1º ciclo (24 idosos/as institucionalizados/as e 22 idosos/as não institucionalizados/as).

Tabela 1

Caraterísticas sociodemográficas

	Institucionalizados/as	Não institucionalizados/as	Total (%)
	N (%)	N (%)	
Nº de participantes	46 (50.0)	46 (50.0)	92 (100)
Género			
Feminino	31 (67.4)	30 (65.2)	61 (66.3)
Masculino	15 (32.6)	16 (34.8)	31 (33.7)
Estado civil			
Cas. ou UF	11 (23.9)	27 (58.7)	38 (41.3)
Solteiro/a	10 (21.7)	3 (6.5)	13 (14.1)
Divorciado/a	4 (8.7)	2 (4.3)	6 (6.5)
Viúvo/a	21 (45.7)	14 (30.4)	35 (38.1)
Escolaridade			
Analfabeto/a	5 (10.9)	4 (8.7)	9 (9.8)
Ler e escrever	4 (8.7)	4 (8.7)	8 (8.7)
1º ciclo	24 (52.2)	22 (47.8)	46 (50.0)
2º ciclo	2 (4.3)	5 (10.9)	7 (7.6)
3º ciclo	3 (6.5)	8 (17.4)	11 (12.0)
Secundário	3 (6.5)	2 (4.3)	5 (5.4)
Licenciatura	5 (10.9)	1 (2.2)	6 (6.5)

Nota. Cas. = Casados/as; UF = União de facto

Tabela 2

Idade dos idosos/as institucionalizados/as vs. não institucionalizados/as

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Institucionalizados/as	46	81.96	8.302	65	97
Não institucionalizados/as	46	73.28	6.393	65	87

Nota. DP = Desvio-padrão; M = Média; N = Amostra

2.3. Desenho e método de investigação

Recorreu-se, para este estudo, a uma metodologia quantitativa e de desenho transversal, utilizando questionários de resposta direta aplicados a uma amostra de idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as, no distrito do Porto, com idade igual ou superior a 65 anos.

2.3.1. Instrumentos

Para cumprir os objetivos do estudo, foram aplicados instrumentos de avaliação com questões essenciais a avaliar, tendo em conta os objetivos propostos neste projeto.

2.3.1.1. Questionário Sociodemográfico - visou avaliar as características sociodemográficas, contemplando itens como género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e institucionalização.

2.3.1.2. Impact of Event Scale (IES-6) – Trata-se de uma medida breve de reações de stress pós-traumático baseado na revisão de Thoresen et al., (2010) adaptada para a população portuguesa por Lopes e Rocha (2013). Este instrumento é uma abreviação da *Event Scale-Revised*/Escala de Impacto de Eventos – Revista (IES-R; Weiss & Marmar, 1997 sendo a IES-6 composta por seis itens retirados da IES-R. A IES-6 tem como objetivo identificar indivíduos com sintomas significativos de stress traumático e está indicada para populações clínicas e não clínicas. Está definido pelos autores um ponto de corte de 12.5, para escala IES-6. Assim, a variável IES-6 foi dicotomizada (i.e., 0 a 12 = não; ≥ 13 = sim), dando

origem a uma nova variável nominal, designada de “níveis clinicamente significativos de PTSD”. A escala original apresentou uma boa consistência interna com um valor de *alfa de Cronbach* .80 (Pestana & Gageiro, 2014), à sua semelhança, a escala validada para a população portuguesa apresentou uma boa consistência interna com um valor de *alfa de Cronbach* de .84 (Lopes & Rocha, 2013).

2.3.1.3. Brief-Cope (BC) - Inicialmente construída por Carver et al., (1989), foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Rodrigues (2004). Esta escala é composta por 28 itens, tipo *Likert*, que variam entre 0 (Nunca faço isto) e 3 (Faço quase sempre isto), e 14 subescalas. Cada subescala permite avaliar cada estratégia dessa subescala com um valor entre 0 e 3, sendo que a valores superiores correspondem maior utilização da estratégia (Carver et al., 1989). As subescalas originais apresentaram uma consistência interna com valores de *alfa de Cronbach* que variam entre .45 e .92 (Carver et al., 1989). No estudo de validação para a população portuguesa, foram encontrados os seguintes valores de *alfa de Cronbach* para as 14 subescalas: o coping ativo (.65); planejar (.70); utilizar suporte instrumental (.81); utilizar suporte social emocional (.79); religião (.80); reinterpretação positiva (.74); auto-culpabilização (.62); aceitação (.55); expressão de sentimentos (.84); negação (.72); autodistração (.67); desinvestimento comportamental (.78); uso de substâncias (medicamentos/ álcool) (.81); e humor (.83) (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

2.4. Procedimentos

2.4.1. Procedimentos de recolha de dados

No que concerne aos procedimentos, a recolha de dados foi realizada num momento único, um ano após o início da pandemia, a partir de um protocolo de avaliação único, para os/as idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as, onde constou o

consentimento informado, o questionário sociodemográfico e os instrumentos de avaliação psicológica mencionados anteriormente.

Para que a aplicação do protocolo de avaliação fosse possível e, após a aprovação deste projeto por parte da Comissão de Ética da Universidade da Maia (CEISMAI), foi realizado um pedido de autorização formal às três instituições (lares) para a recolha de dados dos/as idosos/as lá institucionalizados/as, onde foram explicados os objetivos e os procedimentos do estudo. É de salientar que alguns destes lares, são locais onde colegas integrantes do grupo de orientação realizaram os seus estágios, aproveitando assim para efetuar a recolha da amostra que foi realizada somente pelo/a aluno/a da respetiva instituição de forma a garantir a proteção da saúde dos/as utentes e minimizar a entrada de pessoas externas ao lar. É de notar que, no meu caso (que não efetivei ainda o meu estágio curricular) foi incluída mais uma instituição, onde a recolha de dados foi realizada pela Psicóloga integrada nesse lar, por não me terem concedido acesso à entrada no local, devido às restrições decorrentes da pandemia.

Todos/as os/as participantes do estudo preencheram de forma autónoma os questionários, acautelando situações de analfabetização ou dificuldade visual ou física, tendo sido alguns idosos/as auxiliados/as quando necessário.

A recolha de dados sobre os/as idosos/as não institucionalizados/as foi realizada por todos os elementos da equipa envolvidos no projeto.

Todos/as os/as idosos/as, não institucionalizados/as ou institucionalizados/as, foram informados/as, a partir do consentimento informado e esclarecidos/as por parte da profissional de psicologia, ou pelo autor desta dissertação ou pelo grupo de orientação que estiveram a recolher os dados (no caso dos/as idosos/as que tiveram dúvidas) acerca do âmbito do projeto e de todos os aspetos referentes à confidencialidade, anonimato, proteção

de dados e condições de participação, o qual concordaram e assinaram para se dar início à recolha de dados.

Os consentimentos informados e os instrumentos foram armazenados e preservados num local restrito e inacessível através de barreiras físicas na Universidade da Maia (ISMAI) nos serviços de Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia (UNIDEP). Todos os dados recolhidos foram, posteriormente convertidos para uma base de dados informática guardada num servidor de armazenamento de dados seguro e encriptado, de forma a garantir a integridade e proteção dos mesmos, bem como limitar o seu acesso. O acesso aos dados, bem como o seu tratamento, foram realizados apenas pelos membros da equipa de investigação.

2.4.2. Procedimentos de análise de dados

Para se proceder à análise de dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 27, Inc para Windows 10. Inicialmente, foram testados os pressupostos de normalidade, que estando cumpridos, permitiram o uso dos testes paramétricos, nomeadamente teste *t* para amostras independentes e o Coeficiente de correlação de *Pearson*.

Foram usadas estatísticas i) descritivas para descrever os fenómenos (níveis de sintomatologia de stress pós-traumático apresentados e estratégias de *coping* usadas), ii) comparativas para comparar os níveis de sintomas de stress pós-traumático dos/as idosos/as institucionalizados com os não institucionalizados e iii) correlacionais com o objetivo de avaliar a associação entre os níveis de sintomas de stress pós-traumático e as estratégias de *coping* usadas.

Nas análises descritivas foram calculadas frequências, médias e desvios-padrão das variáveis. Para testar associações entre variáveis calcularam-se os Coeficientes de correlação

de *Spearman*. Contudo, como os valores obtidos nos Coeficientes de correlação *Spearman* e nos Coeficientes de correlação *Pearson* são iguais, utilizou-se o Coeficiente de correlação de *Pearson*, na medida em que este último, sendo um teste paramétrico, é mais rigoroso (Martins, 2011).

2.5. Resultados

2.5.1. Níveis de stress pós-traumático em idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as

As análises descritivas dos níveis de sintomas de *PTSD*, revelam que a média dos sintomas não atinge valores clinicamente significativos (<12,5). Quando analisados os grupos individualmente, verificou-se que, em média, os níveis de sintomas de *PTSD* em idosos/as institucionalizados/as ($M = 8.33$; $DP = 6.402$) e não institucionalizados/as ($M = 7.67$; $DP = 5.283$) são semelhantes, embora os/as idosos/as institucionalizados/as apresentem valores ligeiramente superiores. Contudo, quando analisadas a frequência e a percentagem de elementos da amostra detentores e não detentores de sintomatologia clinicamente significativa de *PTSD*, verificou-se que 23 idosos/as da amostra (25%) apresentam sintomas de *PTSD* clinicamente significativos, revelando um número considerável de idosos/as que merecem atenção clínica. Destes idosos/as, 14 são institucionalizados/as, representando 30,4% desta população ($M = 15.79$; $DP = 2.94$; Min. = 13; Máx. = 24) e 9 não institucionalizados/as correspondendo a 19,6% desta população ($M = 15.78$; $DP = 2.68$; Min. = 13; Máx. = 22) (Tabela 3).

Tabela 3

Análise descritiva dos níveis de sintomas de PTSD

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
PTSD Total	92	100	8.00	5.846	0	24
Sim	23	25	15.78	2.779	13	24
Não	69	75	5.406	3.99	0	12
PTSD Inst.	46	100	8.33	6.402	0	24
Sim	14	30.4	15.79	2.94	13	24
Não	32	69.6	5.063	4.44	0	12
PTSD Não Inst.	46	100	7.67	5.283	0	22
Sim	9	19.6	15.78	2.68	13	22
Não	37	80.4	5.703	3.59	0	12

Nota. DP = Desvio-padrão; M = Média; N = Amostra; PTSD = Perturbação de stress pós-traumático; PTSD Inst. = sintomas de PTSD em idosos/as institucionalizados/as; PTSD Não Inst. = sintomas de PTSD em idosos/as não institucionalizados/as; PTSD Total = sintomas de PTSD em idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as.

Com o objetivo de comparar os níveis de PTSD em idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as, foi realizado um teste *t* para amostras independentes, dado estarem cumpridos os pressupostos da normalidade. O teste *Levene* sugeriu que se encontrava garantida a homogeneidade de variâncias ($p = .116$). O resultado do teste *t* para amostras independentes, mostrou que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os elementos da amostra institucionalizados e não institucionalizados quanto aos níveis de sintomas de PTSD apresentados, $t(90) = 0.533$, $p = .595$, $mdif = 0.652$, 95% IC (-1.78 – 3.08), $d = 1.22$.

2.5.2. Níveis de stress pós-traumático e estratégias de coping

As estratégias de coping mais utilizadas por parte da população idosa para enfrentar os sintomas de PTSD foram: coping ativo ($M = 1.66$, $DP = 1.85$), planeamento ($M = 1.64$, $DP = 1.81$), religião ($M = 2.03$, $DP = 2.28$), aceitação ($M = 1.78$, $DP = 1.67$) e autodistração ($M = 1.64$, $DP = 2.01$) (Tabela 4).

Tabela 4

Estatísticas descritivas das subescalas do Brief-Cope

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>DP</i>
CA	92	1.66	0	6	1.85
PL	92	1.64	0	6	1.81
SI	92	1.06	0	6	1.80
SE	92	1.31	0	6	1.95
RE	92	2.03	0	6	2.28
RP	92	1.43	0	6	1.95
AC	92	0.65	0	5	1.53
AT	92	1.78	0	6	1.67
ES	92	1.28	0	6	1.88
NG	92	0.55	0	5	1.49
AD	92	1.64	0	6	2.01
DC	92	0.54	0	4	0.91
US	92	0.10	0	4	0.73
HU	92	.80	0	5	1.00

Nota. AC = auto-culpabilização; AD = autodistração; AT = aceitação; CA = *coping* ativo; DC = desinvestimento comportamental; DP = desvio padrão; ES = expressão sentimentos; HU = humor; M = média; N = amostra; NG = negação; PL = planeamento; RE = religião; RP = reinterpretação positiva; SE = suporte emocional; SI = suporte instrumental; US = uso substâncias.

Com o intuito de compreender as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos/as idosos/as institucionalizados/as e pelos/as não institucionalizados/as, respetivamente, foi realizada a respetiva análise descritiva (Tabela 5). De acordo com os resultados, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos/as idosos/as institucionalizados/as foram a religião ($M = 2.25$), autodistração ($M = 1.82$), aceitação ($M = 1.72$) e *coping* ativo ($M = 1.64$). Já para os/as idosos/as não institucionalizados/as, constatou-se uma maior recorrência às seguintes estratégias de *coping* : aceitação ($M = 1.83$), religião ($M = 1.80$), *coping* ativo ($M = 1.66$) e planeamento ($M = 1.65$).

Tabela 5

Médias das subescalas do Brief-Cope para idosos/as institucionalizados/as vs. não institucionalizados/as

	Institucionalizados/as		Não institucionalizados/as	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
CA	1.64	.98	1.66	.90
PL	1.63	.93	1.65	.89
SI	1.13	1.00	.99	.79
RE	2.25	1.12	1.80	1.13
RP	1.25	.91	1.62	1.01
AC	.54	.79	.75	.73
AT	1.72	.90	1.83	.77
ES	1.18	1.01	1.36	.87
NG	.30	.55	.79	.83
AD	1.82	1.07	1.47	.93
DC	.15	.38	.39	.49
US	.03	.22	.17	.46
HU	.76	1.05	.84	.95
SE	1.51	.96	1.11	.96

Nota. AC = auto-culpabilização; AD = autodistração; AT = aceitação; CA = *coping* ativo; DC = desinvestimento comportamental; DP = desvio padrão; ES = expressão sentimentos; HU = humor; M = média; NG = negação; PL = planejamento; RE = religião; RP = reinterpretação positiva; SE = suporte emocional; SI = suporte instrumental; US = uso substâncias.

Foram feitas as análises de correlações, com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*, uma vez que se encontravam reunidos os respetivos pressupostos. Foram efetuadas as análises de correlações entre os níveis de sintomas de *PTSD* e as estratégias de *coping* (Tabela 6). Considerando a amostra total, foram observadas correlações fracas, mas positivas, entre os níveis de sintomas de *PTSD* com a *religião*, ($r = .237, p = .023$), com a *negação*, ($r = .251, p = .016$) e com a *autodistração* ($r = .248, p = .017$), todas elas significativas ao nível de $p < .05$. Isto significa que maiores níveis de sintomas de *PTSD* estão associados a uma maior utilização das estratégias de *coping* “religião”, “negação” e “autodistração”. Foi ainda observada uma correlação moderada, mas negativa entre os níveis de sintomas de *PTSD* com o *humor* ($r = -.410, p < .01$), ou seja, maior utilização da estratégia de *coping* “humor”, está associada a menores níveis de sintomas clinicamente significativos de *PTSD*.

Quanto aos/às idosos/as institucionalizados/as, em específico, não foram observadas correlações positivas significativas ao nível de $p < .05$. Em relação à estratégia de *coping*

“humor”, esta ($r = -.398, p = .006$) apresentou uma correlação moderada, mas negativa, significativa ao nível de $p < .01$ com os níveis de sintomas clinicamente significativos de *PTSD*, i.e., maior utilização da estratégia de *coping* “humor”, está associada a menores níveis de sintomas de *PTSD*.

Relativamente aos/às idosos/as não institucionalizados/as, as análises de correlações entre os níveis de sintomas de *PTSD* e as estratégias de *coping*, mostraram correlações fracas, mas positivas, com a *expressão de sentimentos* ($r = .351, p = .017$) e com a *negação* ($r = .343, p = .020$). Isto significa que maiores níveis de sintomas clinicamente de *PTSD* estão associados a uma maior utilização das estratégias de *coping* “expressão de sentimentos” e “negação”. Foi ainda observada uma correlação moderada, mas negativa, com o *humor* ($r = -.410, p = .005$) significativa ao nível de $p < .01$, significando que, uma maior utilização da estratégia de *coping* “humor”, está associada a menores níveis de sintomas clinicamente significativos de *PTSD*.

Tabela 6

Correlações entre IES-6 e subescalas do Brief-Cope

	IES-6	P	IES-6 Não	p	IES-6	p
	Institucionalizados/as		institucionalizados/as		Total	
CA	.003	0.983	.056	0.712	.041	0.696
PL	-.157	0.297	-.052	0.734	-.083	0.431
SI	-.027	0.860	.182	0.227	.089	0.399
SE	-.062	0.684	.051	0.737	.043	0.682
RE	-.213	0.156	.211	0.160	.237*	0.023
RP	-.218	0.145	-.081	0.593	-.096	0.361
AC	.198	0.188	.193	0.199	.130	0.216
AT	-.102	0.501	.010	0.946	-.006	0.957
ES	.015	0.920	.351*	0.017	.190	0.069
NG	.288	0.052	.343*	0.020	.251*	0.016
AD	.270	0.70	.089	0.559	.248*	0.017
DC	.138	0.359	.242	0.105	.182	0.082
US	-.046	0.763	.149	0.323	.064	0.545
HU	-.398**	0.006	-.410**	0.005	-.410**	<.01

Nota. AC = auto-culpabilização; AD = autodistração; AT = aceitação; CA = *coping* ativo; DC = desinvestimento comportamental; ES = expressão sentimentos; HU = humor; NG = negação; PL = planeamento; RE = religião; RP = reinterpretação positiva; SE = suporte emocional; SI = suporte instrumental; US = uso substâncias; *: significativo ao nível .05; **: significativo ao nível .01.

2.6. Discussão

O presente capítulo visa discutir os resultados apresentados previamente contextualizando-os com a literatura. Desta forma, a presente investigação pretende analisar os sintomas de stress pós-traumático na população idosa, institucionalizada e não institucionalizada, e avaliar a associação entre os níveis de stress pós-traumático e as estratégias de *coping* utilizadas pela mesma durante a pandemia por COVID-19.

Tendo por base estudos existentes, a população idosa é percecionada como vulnerável, tendo em consideração as características associadas ao processo de envelhecimento (Silva et al., 2020), e por isso pertence a um grupo de risco onde está mais sujeita a desenvolver problemáticas do foro psicológico, perante um stressor como é o caso da pandemia por COVID-19 (Hammerschmidt & Santana, 2020). Em consequência da pandemia por COVID-19, foi necessário adotar um conjunto de medidas que visam a mitigação da propagação do vírus, entre elas pode destacar-se o isolamento social (Sepúlveda et al., 2020). Esta medida pode ter contribuído em grande escala para o aparecimento de sintomas de stress entre os/as idosos/as em geral. Estudos como os de Brooks et al. (2020) e Rocha et al. (2020) corroboram este facto, apontando o distanciamento físico e social como causador do aumento da vulnerabilidade desta população no que diz respeito ao agravo das morbidades psíquicas. Os resultados do presente estudo indicam que 25% dos participantes apresentam níveis clinicamente significativos de sintomas de PTSD, ao qual merecem uma atenção clínica especial. Neste sentido, outras investigações como as de Mak et al. (2009) e Xiong et al. (2020) corroboram este estudo, pois revelaram resultados idênticos, na população geral, com taxas consideráveis de casos de PTSD tanto no caso do surto da SARS como no caso mais recente da pandemia por COVID-19, respetivamente. Estes dados vão de encontro com Perna et al. (2016) que assinalam, num dos seus estudos, que 10 a 14% dos/as idosos/as padecem de perturbações de ansiedade. Também os meios de comunicação, neste tempo,

podem ter contribuído, para a manutenção de sintomatologia de *PTSD* nos/as idosos/as, devido à quantidade excessiva e, por vezes desadequada, de conteúdo relativo à pandemia por COVID-19, como proposto por Wang et al. (2020). Esta situação pode propiciar sentimentos de medo, causando stress face a este flagelo. Mais especificamente, a OMS (2020) disponibilizou informação onde afirma que a taxa de mortalidade por COVID-19 é maior na população idosa, sendo que esta informação foi constantemente transmitida pelos meios de comunicação. Também Montemurro et al. (2020) e Sturza e Tonel (2020), consideram que todo este cenário caótico gera consequências para a saúde mental das pessoas, principalmente aquelas consideradas mais vulneráveis. Não podemos esquecer que, o aumento do sofrimento a nível psicológico esteve presente, em casos idênticos, como no caso da *SARS*, no passado, sendo que autores como Haider et al. (2020), Hawryluck et al. (2004) e Peng et al. (2010) parecem expressar concordância face ao referido. Relacionando estes resultados com a pandemia por COVID-19, para a população idosa, além do medo, também o sentimento de incerteza passou a marcar presença nas suas vidas depois da pandemia, gerando desconforto psicológico. Barros et al. (2020) e Lima et al. (2020) afirmam que a incerteza relativamente ao futuro, nomeadamente, medo do desamparo, da estigmatização por ser portador da doença, ou mesmo da morte, são aspetos que podem estar relacionados com a presença de sintomas de stress na população idosa. Segundo Nemeroff (2004), estes aspetos são preditores de um aumento dos níveis de sintomas de stress, que conduzem ao surgimento de alterações neurobiológicas, cognitivas e emocionais. Este evento, também pode ser considerado traumático para os/as idosos/as na medida em que alguns/mas deles/as viram morrer entes queridos ou amigos devido a esta doença (Ishikawa, 2020).

Comparando os/as participantes institucionalizados/as e não institucionalizados/as, os resultados nesta dimensão, realçam similaridade nos níveis de sintomas de *PTSD*, sublinhando a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos

em estudo. Este resultado idêntico para estes dois grupos, pode ter-se ficado a dever a fatores como as medidas preventivas implementadas pelo governo, para toda a população, como a restrição do contacto com os familiares, imposição de quarentenas, confinamento, distanciamento social, entre outros (DGS, 2020). Se inicialmente os/as idosos/as institucionalizados/as tinham de lidar com algumas limitações decorrentes da sua institucionalização (e.g., maior sedentarismo, resignação, apatia e dependência para a realização de atividades básicas, instrumentais ou de lazer) (Gomes & Neves, 2010), assim como questões que envolvem a saúde mental (Trindade et al., 2013), agora, também os/as idosos/as não institucionalizados/as deixaram de sentir os privilégios de outrora, passando a estar todos nas mesmas condições, sentindo uma diminuição do seu bem estar (e.g., sentimentos de angústia, medo, incerteza, dúvidas relacionadas com o vírus com as consequentes alterações do seu estilo de vida, maior isolamento, diminuição da atividade e produtividade, vendo assim cerceada a sua liberdade e autonomia) em consequência dessas restrições. Embora em média, os sintomas de *PTSD* encontrados possam ser considerados ligeiros, há possibilidade de evolução, com o passar do tempo, para condições severas, sendo necessário tratamento atempado e adequado.

Este estudo propôs-se também a perceber se existe associação entre estratégias de *coping* e os níveis de stress pós-traumático em idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as durante a pandemia por COVID-19. É necessário, antes de mais, acautelar que as características pessoais podem influenciar no tipo de resposta de enfrentamento de um indivíduo, não sendo apenas a sua reação ao evento stressor (Mayordomo-Rodriguez et al., 2015). Como explicado por Lazarus e Folkman (1984), existe um contexto específico e a forma individual de lidar com o stressor, por isso uma determinada estratégia de *coping* pode ser eficaz numa situação e não noutra. Também para Gomes e Neves (2010), as pessoas idosas seguem diferentes estilos de vida conforme o

contexto em que vivem. Ademais, para Carver et al. (1989) não existem formas de *coping* melhores do que outras, estas vão depender de quem as usa (pois existem características de personalidade que predispõem as pessoas para o uso de determinadas formas de *coping*), quando e sob quais circunstâncias, e a que situação se pretende adaptar. Além disso, deve haver cautela quando se avalia uma estratégia de *coping* como adaptativa ou desadaptativa, porquanto isso depende da pessoa, da sua idiossincrasia, dos seus objetivos, dos resultados procurados e das suas preocupações, (e.g., perante acontecimentos traumáticos, muitas vezes o uso de estratégias de evitamento pode ser frutífero, apesar de ser visto como desajustado) (Carver et al, 1989).

Segundo os resultados conseguidos, verificou-se que a população idosa utilizou um maior número, de estratégias de *coping* focadas no problema, como é o caso do *coping* ativo, do planeamento, da aceitação e da religião, sendo esta última a mais utilizada. Alguns autores sugerem que o *coping* focado no problema é mais utilizado na população geriátrica uma vez que, o aumento da idade pode ser considerado um preditor eficaz para enfrentar as diversidades que vão surgindo (e.g., Aldwin, 1991; Neubauer et al., 2019). Não obstante, verificou-se que também foram utilizadas pelos/as idosos/as, estratégias de *coping* focadas na emoção (e.g., autodistração). Segundo Diniz et al. (2007), este tipo de estratégias é comum entre idosos/as que carecem de habilitações académicas ou são analfabetos/as e, curiosamente, existe uma parcela de idosos/as em estudo, nestas condições. Também Aldwin (2007) aferiu em seu estudo que estratégias de *coping* focadas na emoção são usadas para questões relacionadas com problemas de saúde considerados graves, por sentirem que não podem controlar a situação. Esta é uma possível explicação para o uso desta estratégia e, por esse motivo, é possível que estes/as participantes se tenham sentido mais resignados, deixando-se envolver mais facilmente por estratégias deste tipo. Esta hipótese está em linha com outros autores (e.g., Lazarus, 1996; Mohammadzadeh, et al., 2020) que afirmam que

este tipo de população tem por hábito o uso deste tipo de estratégias. Considerando o supramencionado, verifica-se que para além da autodistração e da religião serem das estratégias mais utilizadas pela população idosa no geral, observando-se mesmo que esta última é de facto a mais utilizada, é igualmente perceptível que estas estratégias, juntamente com a negação, estão também associadas a maiores níveis de sintomas de stress pós-traumático. Contrariamente à maioria dos estudos (e.g., Carvalho et al., 2021; Vitorino & Vianna, 2012), a religião não apresentou nesta investigação resultados favoráveis no que concerne à diminuição dos sintomas de *PTSD* na população estudada. Outros autores (e.g., Mayordomo-Rodriguez et al., 2015) vão de encontro a este achado, assinalando em seus estudos que as pessoas não esperam aliviar sentimentos de tristeza ou alterar situações stressantes com a religião, permanecendo assim incerta a relação entre religião e bem-estar psicológico. De acordo com Park e Folkman (1997), a religião pode ser encarada sob o ponto de vista global ou situacional, i.e., o primeiro baseia-se nos conceitos de ordem e motivação, no qual a pessoa apresenta a sua fé, pode seguir uma religião porque é aquilo em que acredita, sendo o que está estabelecido e que fornece estabilidade. No segundo caso, a pessoa não apresenta fé, mas adere pelo objetivo ou propósito de vida que pretende alcançar e, é possível que tenha ocorrido precisamente isto no caso dos/as idosos/as que recorreram à religião como estratégia de *coping* neste estudo.

No que concerne à autodistração, esta é uma estratégia de evitamento ou de fuga, focada na emoção, e a sua utilização parece desenvolver no sujeito, um desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir, sonhando acordado, dormindo, ou procurando mesmo distrair-se, como forma de evitar uma experiência dolorosa ou causadora de stress (Morán & Silva, 2012). É possível que estes/as idosos/as tenham preferido refugiar-se em outras atividades, fazendo coisas para se abstraírem da situação, para não pensarem nela. Discutindo estes resultados à luz da pandemia por COVID-19, é possível que os/as

idosos/as revelem sentir-se inseguros preferindo ignorar a situação pela qual estão a passar (i.e., pandemia por COVID-19). No entanto, esta tentativa de ignorar o que está a acontecer e o esforço constante de tentarem não pensar nesta situação pode estar a resultar no aumento de sintomas de ansiedade (Kar et al., 2021).

À semelhança da autodistração, também a negação é caracterizada por comportamentos de evitamento. A população institucionalizada por estar a fazer uso desta estratégia como forma de rejeitar a realidade do acontecimento stressante. É possível que, perante o medo desta nova doença, estas pessoas tenham preferido acreditar que nada disto estaria a ocorrer com elas, afirmando para si próprias que o que está a acontecer não é verdade. Este tipo de estratégia de *coping* está associada a um alto grau de desgaste, sendo considerada disfuncional para lidar com o stress, em estudos como o de (Morán & Silva, 2012).

Relativamente aos/às idosos/as institucionalizados/as, embora não tenham sido encontradas correlações positivas fortes/expressivas entre os sintomas de *PTSD* e as estratégias de *coping*, nos/as participantes institucionalizados/as, as estratégias que tendencialmente foram mais utilizadas associadas a maiores níveis de sintomas clinicamente significativos de *PTSD*, foram as estratégias focadas na emoção e de cariz mais passivo (e.g., negação e autodistração) supramencionadas.

Já naquilo que concerne aos/às idosos/as não institucionalizados/as, foi observado que estes/as apresentaram maiores níveis de sintomas de *PTSD* sempre que recorriam a estratégias como a expressão de sentimentos e negação, sendo estas estratégias de *coping* focadas na emoção, e ambas estratégias mais passivas. A expressão de sentimentos revelou-se uma estratégia de *coping* desadaptativa pois, provavelmente, estes/as idosos/as expressavam o seu aborrecimento ou angústia perante determinado acontecimento,

aumentando a consciência do stress emocional pessoal ao mesmo tempo que exprimiam ou descarregavam esses sentimentos (Carver et al., 1989). Autores como Carver et al. (1989) sugerem que a verbalização de sentimentos negativos pode ajudar no ajuste a um trauma ou perda, como, por exemplo, no caso do luto, ajudando o indivíduo a seguir em frente. Pese embora, temporariamente adequadas estas estratégias, se prolongado o seu uso, pode impossibilitar outro tipo de respostas mais produtivas. Segundo (Mayordomo-Rodriguez et al., 2015), as estratégias focadas na emoção são comumente implementadas quando é impossível alterar o problema. É de forma tentativa que se sugere que a maior utilização desta estratégia pode ter que ver com o facto destes/as idosos/as estarem mais habituados à sua liberdade e convívio com outros/as seus congéneres.

Destaca-se ainda que o maior uso da estratégia humor está associada a menores níveis de sintomas de *PTSD* em ambos os grupos. Contudo, quer num grupo, quer no outro, esta estratégia foi pouco usada, o que pode ter contribuído para a alta taxa de pessoas com sintomas clinicamente significativos de *PTSD* encontrada. Este pouco uso do humor pode ter-se ficado a dever aos diferentes papéis que as pessoas acabam por cumprir a dada altura da vida (Ruch, 2010) relacionado com diferentes momentos. É possível que, devido à vulnerabilidade e fragilidade física própria desta população, possam surgir alterações no seu estado de humor que, paralelamente a um possível estado de apreensão motivado pela realidade caótica envolvente do momento atual, poderá influenciar no uso ou não desta estratégia de *coping*.

Em suma e de acordo com outros autores (e.g., Canestrari et al., 2021; Kar et al., 2021), o humor parece ser uma estratégia de *coping* particularmente útil, pois parece que fazer piadas acerca do stressor, enfrentando-o com sentido de humor, levando a situação para a brincadeira, pode estar associado a um resultado muito positivo quando se tenta diminuir o efeito do stressor no indivíduo. O senso de integridade e sabedoria que caracteriza a

população adulta de idade avançada, capacita-os a olhar o mundo como um lugar belo, personificado no seu humor, tão útil para apaziguar sintomas de stress (Lee, 2018). Com o humor, parece que a ação sobre o stressor é tomada de uma forma quase sutil, rindo, brincando e fazendo os outros sorrir, sem necessariamente lhes provocar desconforto. Caracterizando-se por fazer piadas acerca do stressor, Vaillant (2000) atesta que o humor é regido por um padrão surpreendente, antecipatório e supressivo, permitindo que as pessoas olhem diretamente para o que é doloroso, enquanto se distraem, dissociando-se um pouco da sua dor. Vários podem ser os benefícios do humor (e.g., redução do stress e ansiedade, construção de confiança entre as pessoas, aproximação uns dos outros, fomentando a criação de um ambiente descontraído entre todos) (Berk, 2015) e aumento de satisfação com a vida (Ruch, 2010). O humor pode funcionar afastando a pessoa do seu estado mental habitual e, ao mesmo tempo, do stressor, desenvolvendo desta forma maior controle e poder sobre o próprio (Berk, 2015).

Tratando-se de uma estratégia de *coping* focada no problema, neste estudo mostrou uma correlação negativa para a sintomatologia compatível com a *PTSD*, em todos os casos, tanto para os/as idosos/as em geral como para o grupo dos/as idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as. Existe consonância entre este resultado e o do estudo de Folkman et al. (1987), segundo o qual estratégias baseadas no problema são mais eficazes na redução da sintomatologia de *PTSD*. Segundo Kar et al. (2021) as pessoas que faziam menor uso do humor, apresentavam maiores índices de ansiedade.

Sendo a *PTSD* um problema de saúde pública, importaria prevenir e tratá-lo. Para isso, e segundo esta investigação, existem estratégias a serem evitadas pelos/as idosos/as tendo em consideração o contexto. Os/as idosos/as institucionalizados/as, devem evitar o uso da autodistração e da negação no sentido de diminuir os sintomas de *PTSD*. Os/as idosos/as não institucionalizados/as, devem evitar, para além da negação, o uso da expressão de

sentimentos. Deve, contudo, ser fomentado em ambos os casos o uso do humor como estratégia de *coping*.

Apesar de tudo, as correlações não permitem saber até que ponto o aumento de sintomas de *PTSD* tem implicação com as estratégias de *coping* adotadas ou, pelo contrário, são as estratégias usadas que levam ao aumento desses sintomas, i.e., tanto pode acontecer dos níveis de sintomas de *PTSD* influenciarem na escolha da estratégia ou o tipo de estratégia adotada poder estar associada a maiores ou menores níveis de sintomas de *PTSD*.

2.7. Conclusão

Importa agora refletir acerca do contributo deste trabalho, fazendo referência tanto às suas potencialidades como limitações, oferecendo ainda sugestões para futuros trabalhos.

Relativamente aos resultados obtidos neste estudo, foi observada a presença de sintomas clinicamente significativos de *PTSD* numa parte significativa da amostra.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na apresentação da sintomatologia de *PTSD* entre a população institucionalizada e não institucionalizada, o que sugere que ambos os grupos podem ser suscetíveis na mesma medida ao desenvolvimento de sintomas de *PTSD* clinicamente significativos. Além disso, leva-nos a suspeitar que quer os/as idosos/as institucionalizados/as quer os/as não institucionalizados/as, poderão ter ficado com privações semelhantes provocadas pelas medidas de proteção impostas pelo governo no combate à COVID-19.

Apurou-se que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos/as idosos/as em geral foram o *coping* ativo, o planeamento, a aceitação, a autodistração e a religião, sendo esta última a mais utilizada. Estes resultados sugerem que as estratégias de *coping* utilizadas pelos/as participantes em geral, mais associadas a maiores níveis de sintomatologia de *PTSD*, foram a religião, a negação e a autodistração. Especificamente, os/as idosos/as

institucionalizados/as demonstraram sentir mais stress com o uso de estratégias como a negação e a autodistração. Os/as idosos/as não institucionalizados/as, sentiram maior sintomatologia relacionada com *PTSD* quando se socorreram da expressão de sentimentos e negação, tendo o humor evidenciado ser a estratégia mais associada com menores níveis de sintomas de *PTSD*.

Em suma, podemos afirmar que não existem estratégias de *coping* certas ou erradas, a utilização da mesma é bastante subjetiva. Como tal, é essencial respeitar as características individuais, tendo em conta as variáveis individuais e situacionais. Contudo, neste estudo, constata-se que quando os/as participantes faziam uso essencialmente de estratégias de *coping* mais passivas, focadas na emoção, tendiam a obter maior sintomatologia associada a *PTSD* ao passo que, quando faziam uso de estratégias mais ativas, focadas no problema, como no caso do *humor*, o nível de sintomas diminuía.

Com este estudo, é possível aferir algumas implicações clínicas, nomeadamente i) a importância de olharmos para os sintomas de *PTSD* como um problema de saúde pública; ii) a prevenção e tratamento da população idosa, durante a pandemia por COVID-19, com implementação de programas de prevenção e remediação; iii) a importância de evitar o uso de algumas estratégias de *coping* desadaptativas, tendo em conta o contexto de residência, i.e., evitar recorrer à autodistração em contexto de institucionalização, evitando também a expressão de sentimentos, em contexto comunitário, evitando o uso da negação em ambos os grupos (institucionalizados/as e não institucionalizados/as); e iv) fomentar a relevância do uso de estratégias de *coping* como o humor em ambos os grupos (institucionalizados/as e não institucionalizados/as).

Destacam-se, neste estudo, algumas limitações, como sejam: i) a exiguidade da amostra, que, em consequência, poderá não ser representativa da realidade da população

idosa portuguesa; ii) a amostra corresponde a adultos de idade avançada pertencentes a instituições muito específicas, não aleatórias, importando salientar que a este facto, não serão alheias as restrições impostas pelas autoridades sanitárias no que respeita ao contacto com estas pessoas. Em consequência, os resultados obtidos deverão ser lidos com a devida cautela; iii) a pouca informação sobre idosos/as institucionalizados/as; iv) a parca informação acerca das subescalas do *Brief-Cope* e v) o *Brief-Cope* privilegia uma lógica disposicional, não permitindo atender aos aspetos situacionais que influenciam o *coping*, particularmente nesta fase da vida.

Contudo, este estudo, apresenta também algumas potencialidades, como sejam, o facto deste se tratar de um tema atual, importando perceber o modo como o confinamento decorrente da pandemia afetou os/as participantes em termos de sintomatologia compatível com a *PTSD*, ou quais as estratégias de *coping* mais utilizadas por estes/as participantes para lidar com o respetivo sofrimento e aquelas que parecem ser mais ou menos eficazes no seu enfrentamento.

Refletindo sobre as implicações para investigações futuras: i) seria interessante que um futuro estudo utilizasse uma amostra mais representativa da população em causa, tendo em vista a obtenção de resultados mais robustos e fiáveis; ii) seria de enorme relevância, científica e social, o aprofundamento dos conhecimentos obtidos a partir deste estudo, sendo uma mais-valia para a ciência a replicação do mesmo no final da pandemia por COVID-19. Desta forma, seria possível perceber as consequências da mesma, uma vez que estes problemas costumam ter continuidade para além da própria pandemia (Reardon, 2015); iii) seria também interessante um estudo longitudinal, já que obter-se-ia maior exatidão neste objetivo. Assim, poder-se-ia avaliar a presença dos critérios de diagnóstico para a *PTSD* que, devem ser evidentes durante um período de seis meses após o evento stressor ou após um período de stress (APA, 2013); iv) seria igualmente útil, um estudo que avaliasse se o

emprego das estratégias de *coping* associadas a menores níveis de sintomas de *PTSD* em conjunto seriam mais eficazes do que individualmente e v) também seriam uma mais-valia estudos que possibilitassem avaliar como as pessoas utilizam as estratégias de *coping*, no sentido de entender se a adaptabilidade ou não da estratégia se deve à forma como é utilizada (e.g., existe uma celeuma quanto à eficácia da estratégia de *coping* “expressão de sentimentos”).

Acredita-se que os resultados obtidos com este estudo, possam ser uteis para os profissionais de psicologia no sentido de expandir os conhecimentos no que à pandemia por COVID-19 diz respeito, nomeadamente acerca dos sintomas de *PTSD* em adultos de idade avançada, tanto institucionalizados como não institucionalizados, bem como as estratégias de *coping* mais úteis (a fomentar) ou prejudiciais (a evitar), para que seja possível intervir de forma adequada na mitigação dos sintomas referidos nesta população, melhorando a saúde mental dos/as mesmos/as e, assim, aumentando a sua qualidade de vida.

Referências

- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of gerontology*, 46(4), 174–180. <https://doi.org/10.1093/geronj/46.4.P174>
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G., & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 51(4), 179–188. <https://doi.org/10.1093/geronb/51B.4.P179>
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.
- Amatea, E. S., & Fong-Beyette, M. L. (1987). Through a Different Lens: Examining Professional Women's Interrole Coping by Focus and Mode. In *Sex Roles*, 17, 237–252. <https://doi.org/10.1007/BF00288451>
- American Psychiatric Association. (APA) (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 5ª Ed. (DSM-5). Climepsi.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. D., Romero, D., Júnior, P. R. B. D. S., Azevedo, L. O., Machado, I. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. D. O., Silva, D. R. P. D., Pina, M. D. F. D. & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), 37–38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Berk, R. A. (2015). The greatest veneration: Humor as a coping strategy for the challenges of aging. *Social work in mental health*, 13(1), 30–47. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.890152>
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Teris, C., Wu, X. & Xiang, Y. T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*, 51(6), 1052–1053. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *J. Clin. Nurs.*, 29 (13-14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- 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. *Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os factores bio-psico-sociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 510–522. Portugal: Universidade do Minho
- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto*, 3,1.
- Canestrari, C., Bongelli, R., Fermani, A., Riccioni, I., Bertolazzi, A., Muzi, M., & Burro, R. (2021). Coronavirus disease stress among Italian healthcare workers: The role of coping humor. *Frontiers in psychology*, 11(601574), 1–10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.601574>

Carvalho, L. M., Costa, G. P. D., Feitosa, L. G. G. C., Ribeiro, I. P., Carvalho, C. M. S. D., Macêdo, V. S., Rodrigues, A. M. E., & Nascimento, L. O. D. (2021). Elderly and their coping strategies in mental health. *Research, Society and Development*, 10(5), 1–10.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15103>

Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Chen, R., Liang, W., Jiang, M., Guan, W., Zhan, C., Wang, Tao., Tang, C., Sang, L., Liu, J., Ni, Z., Hu, Y., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Y., Peng, P., Wang, J., Liu, Chen, Z., Li, G., Zheng, Z., Qiu, S., Luo, J., Ye, C., Zhu, S., Liu, X., Cheng, L., Ye, F., Zheng, J., Zhang, N., Li, Y., He, J., Li, S., & Zhong, N., for COVID, M. T. E. G. (2020). Risk factors of fatal outcome in hospitalized subjects with coronavirus disease 2019 from a nationwide analysis in China. *Chest*, 158(1), 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.04.010>

Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 292, 113–347.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>

Costa, F. D. A., Silva, A. D. S., Oliveira, C. B. S. D., Costa, L. C. S. D., Paixão, M. É. D. S., Celestino, M. N. S., Araújo, M. C. D., Azevêdo, S. M. A., Silva, C. R. C. D. & Santos, I. L. V. D. L. (2020). COVID-19: its clinical and psychological impacts on the elderly population. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 49811–49824.

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-580>

- Davies, N., Frost, R., Bussey, J., Hartmann-Boyce, J., & Park, S. O. P. H. I. E. (2020). Maximising mobility in older people when isolated with COVID-19. *Centre for Evidence-Based Medicine*. Retirado de: <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10094045>
- Diniz, B. S. D. O., Volpe, F. M., & Tavares, A. R. (2007). Educational level and age and the performance on the Mini-Mental State Examination in community-dwelling elderly. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *34*, 13–17. Retirado de: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vvztCZbS7vd6cwHZW3Gws4H/?format=pdf&lang=pt>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2020). Retirado de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-atualiza-informacao-sobre-visitas-a-lares-de-idosos.aspx>
- Domingos, P. (2012). Defesa dos direitos em saúde mental. *Bipolar: Revista Portuguesa de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares*, *43*, 1–4. Retirado de: <https://www.adeb.pt/files/upload/revistas/adeb-revista-bipolar-43.pdf>
- Duarte, L. R. S. (1999). Idade cronológica: Mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, *2*, 35–47. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.5473>
- Esgalhado, G., Reis, M., Pereira, H., & Afonso, M. (2014). Psychological well-being and social support in a sample of institutionalized Portuguese elderly. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 401–410. Retirado de: https://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n2/volumen1/0214-9877_2013_2_1_401.pdf
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). The aging process: the main changes that happen to the elderly over the years. *InterSciencePlace*, *1*(20), 106–132. <https://doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnosis of the posttraumatic stress disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *25*(1), 12–16. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2(2), 171–184. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171>
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Referência – Journal of Nursing*, 4(4), 41–49. <https://doi.org/10.12707/RIV14030>
- Fuller, H. R., & Huseh-Zosel, A. (2021). Lessons in resilience: Initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Galvão, A., Silva, A., Gomes, M. J., & Pinheiro, M. (2020). Satisfaction with care and happiness in institutionalized elderly. *Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 57–70. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n2.v1.1943>
- Gomes, A. R., & Neves, R. (2010). Contextos e estilos de vida do idoso–narrativas no feminino. *Revista Kairós: Gerontologia*, 13(1). <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13i1p%25p>
- Groisman, D. (1999). Asilos de velhos: Passado e presente. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 2, 67–87. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.5476>
- Guimarães, L. A. M., & das Neves, S. N. H. (2011). Post Traumatic Stress Disorder (Ptd) and the relationship between coping in aerospace workers: The Alcantara's case. *Psychology and health journal*, 3(2), 71–78. <https://doi.org/10.20435/pssa.v3i2.105>

- Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(4), 90–94. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756>
- Hammerschmidt, K. S. D. A., & Santana, R. F. (2020). Health of the older adults in times of the covid-19 pandemic. *Cogitare enfermagem*, 25, 1–10. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2
- Ishikawa, R. Z. (2020). I may never see the ocean again: Loss and grief among older adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 85–86. <https://doi.org/10.1037/tra0000695>
- Justo-Alonso, A., Dantas, A. G., González-Vázquez, A. I., Sánchez-Martín, M., & Río-Casanova, L. D. (2020). How did different generations cope with the COVID-19 pandemic?: early stages of the pandemic in Spain. *Psicothema*, 2(4), 490–500. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.168>
- Kanzler, K. E., & Ogbeide, S. (2020). Addressing trauma and stress in the COVID-19 pandemic: Challenges and the promise of integrated primary care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 177–179. <https://doi.org/10.1037/tra0000761>

- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry research*, 295, 113–598. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113598>
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., Kawakami, N., Browne, M. A. O., Posada-Villa, J. A., Shaley, A. Y., Stein, D. J., Viana, M. C., Zarkov, Z. & Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and anxiety*, 31(2), 130–142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
- Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. In *Handbook of emotion, adult development, and aging*, 289–306. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012464995-8/50017-0>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Leal, L. O., Cardoso, S. S., de Medeiros, M. O. S. F., & de Jesus, L. A. (2021). Relationship between institutionalization and mental health for elderly people: an integrative review. *Journal of Contemporary Nursing*, 10(1), 169–179. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3033>
- Lee, S. U. (2018). Humor as wisdom for reframing life. *Journal of religion and health*, 57(2), 551–560. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0535-5>
- Lin, C. Y., Peng, Y. C., Wu, Y. H., Chang, J., Chan, C. H., & Yang, D. Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department

staff. *Emergency Medicine Journal*, 24(1), 12–17.

<https://doi.org/10.1136/emj.2006.035089>

- Lima, S. O., Silva, M. A. D., Santos, M. L. D., Moura, A. M. M., Sales, L. G. D., Menezes, L. H. S. D., Nascimento, G. H. B., Oliveira, C. C. da C., Reis, F. P. & de Jesus, C. V. F. (2020). Impacts on behavior and mental health of vulnerable groups in times of coping with COVID-19 infection: narrative review. *Electronic Magazine Health Collection*, (46), 1–8. <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>
- Logan, S. M., Pelletier-Hibbert, M., & Hodgins, M. (2006). Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of advanced nursing*, 56(4), 382–391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04015.x>
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2011). Personality development across the life span: Longitudinal analyses with a national sample from Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(4), 847–861. <https://doi.org/10.1037/a0024298>
- Machado, G. S. (2014). Decide a right. The persons's voice. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 23–35. <https://doi.org/10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.002>
- Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2017). Post-traumatic stress disorder: The relationship between the fear response and chronic stress. *Chronic Stress*, 1, 1–13. <https://doi.org/10.1177/2470547017713297>
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001>
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*.
- Mayordomo-Rodríguez, T., Meléndez-Moral, J. C., Viguer-Segui, P., & Sales-Galán, A.

- (2015). Coping strategies as predictors of well-being in youth adult. *Social Indicators Research*, 122(2), 479–489. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0689-4>
- Mellman, T. A., Bustamante, V., Fins, A. I., Pigeon, W. R., & Nolan, B. (2002). REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1696–1701. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1696>
- Mohammadzadeh, F., Noghabi, A. D., Khosravan, S., Bazeli, J., Armanmehr, V., & PaykaniT. (2020). Anxiety severity levels and coping strategies during the COVID-19 pandemic among people aged 15 years and above in Gonabad, Iran. *Arco Irã Med*, 23(9), 633–638. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.76>
- Montemurro, N. (2020). The emotional impact of COVID-19: From medical staff to common people. *Brain, behavior, and immunity*, (87), 23–24. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.032>
- Moraes, E., Viana, L., Resende, L., Vasconcellos, L., Moura, A., Menezes, A., Mansano, N., & Rabelo, R. (2020). COVID-19 in long-term care facilities for the elderly: Laboratory screening and disease dissemination prevention strategies. *Ciência & saúde coletiva*, 25(9), 3445–3458. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>
- Morán, M. C., & Silva, M. I. (2012). Personalidade resiliente ao burnout: Estratégias de coping. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 93–101. Retirado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832337010>
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinimcal Psychiatry*, 65, 18–28. Retirado de: https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/15380_neurobiological-consequences-childhood-trauma.pdf
- Neubauer, A. B., Smyth, J. M., & Sliwinski, M. J. (2019). Age differences in proactive

- coping with minor hassles in daily life. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(1), 7–16. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby061>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Active ageing: A policy framework. Em World Health Organization. OMS. Retirado de: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Organização Mundial da saúde (OMS). (2020). Retirado de: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-risks-and-safety-for-older-people>
- 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. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do *Brief Cope*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3–15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250101>
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Peng, E. Y. C., Lee, M. B., Tsai, S. T., Yang, C. C., Morisky, D. E., Tsai, L. T., Weng, Y. L. & Lyu, S. Y. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: An example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(7), 524–532. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60087-3](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60087-3)

- Perna, G., Iannone, G., Alciati, A., & Caldirola, D. (2016). Are anxiety disorders associated with accelerated aging? A focus on neuroprogression. *Neural Plasticity*, 2016, 1–19. <https://doi.org/10.1155/2016/8457612>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais* (6º ed.). Edições Sílabo. <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
- Qi, J., Yang, X., Tan, R., Wu, X., & Zhou, X. (2020). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder and depression among adolescents over 1 year after the Jiuzhaigou earthquake. *Journal of affective disorders*, 261, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.071>
- Reardon, S. (2015). Ebola’s mental-health wounds linger in Africa. *Nature News*, 519(7541), 13–14. <https://doi.org/10.1038/519013a>
- Resende, J. (1998). Epidemia, endemia, pandemia e epidemiologia. *Linguagem Médica*, 27(1), 153 – 155. Retirado de: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/download/17199/10371??journal=iptsp>
- Rocha, S. V., Dias, C. R. C., Silva, M. C., Lourenço, C. L. M., & dos Santos, C. A. (2020). A pandemia de COVID-19 e a saúde mental de idosos: possibilidades de atividade física por meio dos Exergames. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 25, 1–4. <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0142>
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(1), 13–18. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0090-0>
- Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghadzadeh, A., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 282, 527–538. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.188>

- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). The process of aging in today's world: chronological, biological, psychological, and social aspects. *Psychology Studies*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Silva, M. V. S., Rodrigues, J. D. A., Ribas, M. D. S., Sousa, J. C. S. D., Castro, T. R. O. D., Santos, B. A. D., Sampaio, J. M. C. & Pegoraro, V. A. (2020). The impact of social isolation on the quality of life of the elderly during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 19(4), 34-41. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4337>
- Souza, C. C. D., Valmorbida, L. A., Oliveira, J. P. D., Borsatto, A. C., Lorenzini, M., Knorst, M. R., Melo, D., Creutzberg, M. & Resende, T. D. L. (2013). Functional mobility in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*, 16(2), 285–293. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200008>
- Sepúlveda, L. W., Rodriguez-Sanchez, I., Rodriguez-Perez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodriguez-Manas, L. (2020). Impact of social isolation due to covid-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Sturza, J. M., & Tonel, R. (2020). Os desafios impostos pela pandemia COVID-19: Das medidas de proteção do direito à saúde aos impactos na saúde mental. *Revista Opinião Jurídica (Fortaleza)*, 18(29), 1–27. <https://doi.org/10.12662/2447-6641oj.v18i29.p1-27.2020>
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Yanpujia, Gu, J., Zhou Y., Wang, Y., Liu, N. & Liu, W. (2021). Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 283, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.050>
- Talarico, J. N. D. S., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. C. (2009). Stress symptoms and

coping strategies in healthy older adults. *Journal of the School of Nursing at USP*, 43(4), 803–809. Retirado de:

<https://www.scielo.br/j/re USP/a/xLtgL8gVyYWQTnLkfVFWdxs/?format=pdf&lang=pt>

Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 405–412. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0073-x>

Trindade, A. P. N. T. D., Barboza, M. A., Oliveira, F. B. D., & Borges, A. P. O. (2013). Impact of cognitive decline in functional capacity in elderly institutionalized and non-institutionalized. *Physiotherapy in Motion*, 26(2), 281–289. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005>

Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2756–2757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15290>

Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. their role in a positive psychology. *Am. Psychol*, 55(1), 89–98. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.89>

Viana, S. A. A., Silva, M. D. L., & Lima, P. T. D. (2020). Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença COVID-19: uma revisão literária. *Diálogos em Saúde*, 3(1), 1–16.

Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. C. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 136–142. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800021>

Vechia, A. D. R. D., Mamani, A. R. N., Azevedo, R. C. D. S., Reiners, A. A. O., Pauletto, T. T., & Segri, N. J. (2019). Caregiver role strain in informal caregivers for the

- elderly. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0197>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, H., Xia, Q., Xiong, Z., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., & Li, Z. (2020). The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web based survey. *Plos one*, 15(5), 3–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233410>
- Wang, J., Korczykowski, M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R. C., McEwen, B. S. & Detre, J. A. (2007). Gender difference in neural response to psychological stress. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(3), 227–239. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm018>
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press
- Yancura, L. A., & Aldwin, C. M. (2008). Coping and health in older adults. *Current psychiatry reports*, 10(1), 10–15. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0004-7>
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., Li, Z., & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>

- Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L., & Shearer, D. K. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1023/A:1014379127240>
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health, 17*(7), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H. & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The lancet, 395*(10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
- Zhu, Y., Zhang, L., Zhou, X., Li, C., & Yang, D. (2021). The impact of social distancing during COVID-19: A conditional process model of negative emotions, alienation, affective disorders, and post-traumatic stress disorder. *Journal of affective disorders, 281*, 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.004>

Anexos

ANEXO 1

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está pouco claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Solidão, Stress Pós-Traumático e Depressão em idosos/as institucionalizados/as e não institucionalizados/as, durante a COVID-19 e estratégias de coping utilizadas.

Enquadramento: Este estudo envolve a colaboração entre o Instituto Universitário da Maia (ISMAI)/Maiêutica - Cooperativa de Ensino Superior CRL e os lares: “x”, “y” e “z”. As investigadoras do ISMAI responsáveis por este estudo são as Professoras Doutoras Marlene Sousa e Eunice Barbosa.

Descrição do estudo: Os/as participantes destes estudos são adultos com mais de 65 anos, com capacidade de compreensão e interpretação, institucionalizados e não institucionalizados, residentes na região Norte do País. O objetivo principal do estudo mencionados destina-se a avaliar os níveis de solidão, depressão e stress pós-traumático em idosos/as, institucionalizados/as e não institucionalizados/as, durante a pandemia por COVID-19, e explorar a sua relação com as estratégias de coping utilizadas pelos/as mesmos/as. Para a realização destes estudos, recorrer-se-á aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala do Impacto do Evento (IES-6), Brief Cope (BC), Escala de Solidão (UCLA) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

Recolha, manutenção e proteção dos dados recolhidos: Em referência aos dados pessoais dos/as participantes, será desidentificada a sua informação a fim de salvaguardar a sua identidade. Para tal, será atribuído um código que substituirá o

seu nome. Este código estará presente nos instrumentos de avaliação e na base de dados. No caso de se encontrar institucionalizado/a, e de modo a avaliar e comparar os níveis de depressão em idosos/as, antes e durante a pandemia, o/a investigador/a responsável pela recolha dos dados na instituição terá acesso aos seus dados recolhidos antes da pandemia referentes à depressão, mediante a sua autorização e a autorização da respetiva instituição. Também neste caso, a sua identidade será protegida pelo uso de um código, preservando o anonimato.

A totalidade dos dados recolhidos será registada de forma anónima numa base de dados (único identificador será o código que lhe será atribuído), armazenada num servidor localizado no Instituto Universitário da Maia. Este servidor incluirá mecanismos de controlo de acesso físico e lógico de modo a garantir a segurança dos dados recolhidos, evitando, também, qualquer perda e reforçando o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos em vigor. De forma a poder relembrar-se dos procedimentos deste estudo relativamente à recolha, manutenção e proteção dos dados, serão assinados dois consentimentos informados, sendo que um deles ficará consigo. Um dos consentimentos informados assinados, assim como os instrumentos aplicados na fase de recolha de dados (em formato de papel) serão guardados e preservados num local de acesso restrito no ISMAI, inacessível por barreiras físicas.

Os dados serão recolhidos, num único momento, para fins de investigação científica e ficarão armazenados durante 6 anos. Destaca-se ainda que não existem incentivos ou contrapartidas financeiras.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante a confidencialidade das informações prestadas, sendo os dados recolhidos usados para o presente estudo e para estudos posteriores cujos objetivos se enquadrem na temática da solidão, depressão e stress pós-traumático, assegurando sempre a proteção da identidade dos/as participantes. Assim, apenas os membros da equipa de investigação deste estudo (o/as aluno/as estagiário/as e as supervisoras de dissertação de mestrado do ISMAI) terão diretamente acesso aos dados devido ao seu envolvimento nos estudos.

Direito à desistência: A participação nestes estudos é completamente voluntária. A assiste-lhe o direito de abandonar ou desistir, a qualquer momento, da participação neste estudo, sem qualquer prejuízo para si. Se quiser desistir após o preenchimento dos questionários, deverá enviar um e-mail para a investigadora responsável

(ebarbosa@ismai.pt) ou uma carta para o ISMAI (Avenida Carlos de Oliveira Campos -Castêlo da Maia / 4475-690 Maia) ao cuidado da investigadora principal, informando a sua desistência, sendo os dados destruídos.

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

Outros direitos: O/a participante exerce o direito de reclamar junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Após a conclusão do projeto, e a seu pedido, poderá ser facultada uma cópia das conclusões principais dos estudos.

Em nome de toda a equipa envolvida, agradecemos antecipadamente a leitura deste documento e, caso decida participar, agradecemos, também a sua contribuição para a melhoria do nosso conhecimento sobre as problemáticas expostas.

Nome da Investigadora Responsável: Eunice Barbosa, Psicóloga e Professora do Ensino Superior, em coordenação com Marlene Sousa, Psicóloga e Professora do Ensino Superior.

Instituto Universitário da Maia – ISMAI Telefone: 22 986 60 00 ebarbosa@ismai.pt

Investigadores

Alberto Manuel Freitas Silva, A. D. e M. C. (Alunos/as do Mestrado de Psicologia Clínica do Instituto Universitário da Maia – ISMAI)

Assinatura/s:

Assinatura do/a investigador/a:

Assinatura da investigadora responsável:

Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo/a investigador/a que acima assina.

Declaro que fui informado/a acerca do objetivo do estudo de investigação, bem como dos instrumentos aplicados num momento único.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar o armazenamento e utilização dos meus dados sem qualquer tipo de consequências, bem como de revogar este consentimento e solicitar a destruição dos dados recolhidos.

Foi-me garantido que todos os dados são confidenciais e que será mantido o anonimato, assim como me foram explicados os limites da confidencialidade.

Foi-me garantido o direito de requerer e consultar uma síntese dos resultados globais, através de um documento realizado especificamente para esse fim, no final do projeto.

Fui informado quanto ao método de proteção de dados e do prazo de conservação dos mesmos.

Foi-me comunicado o direito em apresentar, no caso de assim o entender, uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

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

Aceito participar de livre vontade neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade que são enunciadas neste documento.

No caso de se encontrar institucionalizado:

[] Aceito que o investigador responsável pela recolha de dados aceda aos meus dados recolhidos antes da pandemia referentes à depressão.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

ANEXO 2

Questionário Sociodemográfico

1- Género:

Feminino []

Masculino []

Outro []

2- Idade (em anos): [_____]

3- Estado civil:

Casado(a)/União de facto []

Solteiro(a) []

Divorciado(a) []

Viúvo(a) []

4- Tem filhos?

Sim []

Não []

4.1- Se sim, quantos? Rapazes [____] Raparigas [____]

5- Habilitações literárias

Analfabeto(a) []

Não frequentou a escola mas sabe ler e escrever []

Ensino básico 1ºciclo (atual 4º ano/ antiga instrução primária/ 4ªClasse) []

Ensino básico 2º ciclo (atual 6ºano/ antigo ciclo preparatório) []

Ensino básico 3º ciclo (atual 9ºano / antiga 5ª liceal []

Ensino secundário (atual 12ºano/ antigo7ª liceal/ano propedêutico) []

Licenciatura (Antigo bacharelato) []

Mestrado []

Doutoramento []

Fiz outra formação [] Qual? [_____]

6- Situação profissional

Ativo(a) []

Desempregado(a) []

Reformado(a) []

Outro []

7- Está institucionalizado(a)?

Sim []

Não []

Nota: Se respondeu sim, avance para a pergunta 7.2

7.1- Se NÃO, com quem vive?

Cônjuge []

Filhos(as) []

Família alargada (ex: sobrinho(a)) []

Amigo(a) []

Outro []

Nota: Se respondeu não na 7.1 avance para a pergunta 8

7.2- Iniciativa da institucionalização:

Iniciativa própria []

Trazido(a) por amigos []

Trazido(a) por familiares []

Trazido(a) por técnicos de ação social []

Outro [_____]

7.3- Há quanto tempo está institucionalizado(a)?

0 a 1 ano []

2 a 5 anos []

6 a 10 anos []

+ de 10 anos []

7.4- Partilha quarto com alguém?

Sim []

Não []

8- Possui algum tipo de doença física?

Sim []

Não []

Nota: Se Não, avance para a pergunta 9

8.1- Se sim, quais?

Cardíacos (ex. Hipertensão) []

Diabetes []

Pulmonares []

Intestinais []

Do trato urinário []

Outro [] Qual? [_____]

9- Possui algum tipo de doença psicológica?

Sim []

Não []

9.1- Se sim, qual?

Depressão []

Ansiedade []

Epilepsia []

Outras[_____]

10- Recorreu a ajuda psicológica durante a pandemia?

Sim []

Não []

11- Aumentou a procura de ajuda médica durante a pandemia?

Sim []

Não []

12- Mantém contacto com a família e os(as) amigos(as)?

Sim []

Não []

12.1- Se sim, que tipo de contacto?

Contacto pessoal []

Chamada telefónica []

Videochamada []

Outro [] Qual? [_____]

12.2- Se sim, com quem?

Cônjuge []

Filhos(as) []

Netos(as) []

Sobrinhos(as) []

Amigos(as) []

Outro [] Qual? [_____]

13- O contacto que mantém com os familiares e amigos(as) é igual ao que mantinha antes da pandemia?

Sim []

Não []

13.1- Se sim, qual o motivo? [_____]

14- Sente-se mais solitário(a) do que antes da pandemia?

Sim []

Não []

15- Sente-se mais stressado(a) do que antes da pandemia?

Sim []

Não []

15.1- Se sim, descreva o que sente [_____]

16- Sente-se mais deprimido(a)/ triste/ desmotivado(a) do que antes da pandemia?

Sim []

Não []