

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Níveis de solidão e estratégias de *coping* em idosos/as
institucionalizados/as e comunitários/as durante a pandemia por
COVID-19

Maria João Oliveira Costa, nº 31616

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Marlene Sousa

Coorientação:

Professora Doutora Eunice Barbosa

Outubro de 2021 

Agradecimentos

Começo por agradecer às minhas orientadoras de dissertação, Professora Doutora Marlene Sousa e Professora Doutora Eunice Barbosa, por todo o tempo que me dedicaram ao longo deste trabalho.

À minha família e aos/às meus/minhas amigos/as, pelo apoio e motivação, a minha verdadeira gratidão.

A todos/as os/as que estiveram comigo, aqueles/as que se encontram presentes e a todos/as aqueles/as que, infelizmente, já não se encontram. Esta caminhada não seria possível sem vocês.

Resumo

Idosos/as apresentam-se vulneráveis a experienciarem sentimentos de solidão, pelo que as medidas para mitigar a propagação da COVID-19 podem ter potenciado esta problemática. Estudos têm demonstrado a importância das estratégias de *coping* utilizadas pelos/as idosos/as face às experiências emocionais negativas. O estudo visa avaliar e comparar os níveis de solidão em idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as em tempos de pandemia por COVID-19, bem como avaliar a sua associação entre os níveis de solidão e as estratégias de *coping* utilizadas. A amostra do estudo é composta por 92 participantes, 46 institucionalizados/as e 46 comunitários/as. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, o University of California, Los Angeles-Loneliness (UCLA-L) e o Brief Cope (BC). Os principais resultados indicaram níveis de solidão significativamente maiores nos/as idosos/as institucionalizados/as quando comparados com os/as idosos/as comunitários/as. Foram também encontradas relações negativas entre os níveis de solidão e o uso de estratégias de *coping* ativo, planeamento, reinterpretação positiva, aceitação e humor, sendo estes resultados transversais aos dois grupos. Observou-se relações positivas entre os níveis de solidão e o uso de estratégias como a expressão de sentimentos, auto-distração e desinvestimento comportamental, no caso dos/as idosos/as institucionalizados/as; e com o uso de estratégias como a religião, auto-culpabilização e expressão de sentimentos, no caso dos/as idosos/as da comunidade. Este estudo sugere que em tempos de pandemia por COVID-19, os níveis de solidão tendem a ser preocupantes na população idosa, particularmente nos/as idosos/as institucionalizados/as, existindo estratégias de *coping* específicas associadas a esta problemática.

Palavras-chave: Solidão, Idosos/as Institucionalizados/as e Comunitários/as, Estratégias de *Coping*, Pandemia por COVID-19.

Abstract

Older adults are vulnerable to feelings of loneliness and measures to help mitigate the spread of the pandemic by COVID-19 may have increased these problem. Studies have shown the importance of coping strategies used by the elderly in the face of negative emotional experiences. The main goals of the current study were to assess and compare the levels of loneliness in both institutionalized and community-dwelling elderly people, during the COVID-19 pandemic, as well as evaluate the relation between levels of loneliness and coping strategies used by them. The study's sample consisted of 92 participants, 46 institutionalized and 46 community members. For the purpose of data collection, a sociodemographic questionnaire, the University of California, Los Angeles- Loneliness (UCLA-L) and the Brief Cope (BC) were used. The results highlight that the institutionalized elderly have higher levels of loneliness than the community-dwelling elderly. Negative correlations were also found between levels of loneliness and the use of active coping strategies, planning, positive reinterpretation, acceptance and humour, with these results being transversal to both groups. Additionally, positive relationships were observed between the levels of and the use of strategies such as expressing feelings, self-distraction and behavioural disinvestment, in the case of institutionalized older adults, and a higher use of strategies such as religion, self-blame and expressing feelings, for community-dwelling older adults. This study suggests that, in times of the COVID-19 pandemic, the levels of loneliness tend to be worrisome in the elderly population, particularly in the institutionalized elderly, and that there are specific coping strategies associated with this problem.

Key Words: Loneliness, Institutionalized Elderly, Community-dwelling Elderly, Coping Strategies, COVID-19 pandemic

Índice

Introdução.....	8
1.Enquadramento teórico.....	11
1.1.Envelhecimento.....	11
1.1.2.Idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as.....	13
1.2.Solidão em idosos/as.....	16
1.3. <i>Coping</i> em idosos/as.....	19
1.4.Adultos/as de idade avançada, solidão e pandemia por COVID-19.....	20
1.5.Estratégias de coping usadas pelos/as idosos/as	
2.Estudo Empírico.....	24
2.1.Objetivos gerais e específicos.....	24
2.2.Método.....	25
2.2.1.Participantes.....	25
2.2.2.Desenho e método de investigação.....	27
2.2.3.Instrumentos.....	27
2.2.3.1.Questionário sociodemográfico.....	28
2.2.3.2.University of California, Los-Angeles – Loneliness (UCLA-L).....	28
2.2.3.3.Brief Cope (BC).....	28
2.2.4.Procedimentos de recolha de dados.....	29
2.2.5.Procedimentos de análise de dados.....	30
3.Resultados.....	30
3.1.Níveis de solidão nos/as idosos/as.....	30
3.2.Estratégias de coping adotadas pelos/as idosos/as.....	32
3.3.Solidão e estratégias de <i>coping</i>	34
4.Discussão de resultados.....	36
5.Conclusão.....	45

Referências Bibliográficas.....	48
Anexos.....	79

Índice de Tabelas

Tabela 1	26
Tabela 2	27
Tabela 3	31
Tabela 4	32
Tabela 5	32
Tabela 6	33
Tabela 7	34
Tabela 8	35

Lista de abreviaturas

DGS- Direção Geral da Saúde

WHO- World Health Organization

Nota:

As designações “adultos/as de idade avançada” e “ adultos/as de idade maior” é o mesmo que referir a palavra “idosos/as”;

A designação “comunitários/as” refere-se aos/às idosos/as da comunidade

Introdução

Numa abordagem científica, o envelhecimento é definido como um acumular de mudanças progressivas nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais que vão sofrendo alterações ao longo da vida (DGS, 2006). Porém, na perspectiva da população, o mesmo é visto como a incapacidade de adaptação por parte do/a idoso/a causada pelo declínio progressivo, derivado da idade (Flatt, 2012). Segundo Magalhães et al. (2010), o envelhecimento assume uma enorme variância interindividual e heterogeneidade, resultante da interação de fatores intrínsecos, como os genéticos e de fatores extrínsecos, tais como o estilo de vida (DGS, 2006).

Sabe-se que a população idosa é um dos grupos mais vulneráveis a experienciar sentimentos de solidão (Melo et al., 2020), sendo que esta pode ser definida como uma experiência subjetiva (Heinrich & Gullone, 2006), que emerge da ausência de relações sociais satisfatórias e que pode ser determinada pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais reais e desejados (Hughes et al., 2004; Luanaigh & Lawlor, 2008; Victor et al., 2005; Wan Mohd Azam et al., 2013). Nesta linha de seguimento, a solidão pode apresentar-se altamente relacionada com o envelhecimento. Assim, pode verificar-se esta correlação quando existe a perda de familiares e amigos, fragilidade na saúde (e.g., maior dependência), longevidade, menores rendimentos e quando o idoso habita sozinho (Bernard 2013, Nicolaisen & Thorsen 2014). Acrescenta -se que, segundo a literatura, experienciar solidão de forma continuada pode desencadear consequências negativas na saúde física e mental do indivíduo, (Luanaigh & Lawlor 2008; Savikko et al., 2005; Stuck et al., 1999, Victor et al., 2005) podendo mesmo aumentar o risco de mortalidade (Lyyra & Heikinnen 2006).

A institucionalização é uma realidade cada vez mais presente nos/as adultos/as de idade avançada, principalmente para aqueles/as que apresentem algum tipo de incapacidade funcional (Costa & Mercadantes, 2013) e/ou inaptidão em realizar as atividades básicas de

vida diárias (Duarte et al., 2015; Guimarães et al., 2004). Embora um número considerável de idosos/as repudie a ideia de abandonar a sua habitação e integrar uma instituição de longa permanência (Barroso & Tapadinhas, 2006), existem famílias que, devido à falta de condições ou incapacidade para auxiliar o/a idoso/a, recorrem a este tipo de instituições de forma a garantir que lhes sejam prestados os cuidados necessários (Duarte et al., 2015).

A pandemia por COVID-19 potenciou, em particular na população idosa, desafios acrescidos, como o distanciamento social, que conseqüentemente provocou uma redução nos contactos sociais estabelecidos e suspendeu algumas rotinas diárias (Campbell, 2020). Os/as adultos/as de idade avançada, podem apresentar-se mais vulneráveis a desenvolver níveis de solidão durante a pandemia por COVID-19 (Luchetti et al., 2020; Krendl & Perry, 2021; Kotwal et al., 2021).

Tendo em consideração estudos anteriores, adultos/as de idade avançada institucionalizados/as tendem a sentirem-se mais isolados/as e abandonados/as, pois a institucionalização provoca um maior isolamento do/a idoso/a, potenciando assim sentimentos de solidão (Júnior & Gomes, 2014).

Como consequência da pandemia por COVID-19, o Governo adotou a medida de isolamento social como forma de mitigar a propagação do vírus (Sepúlveda Loyola et al., 2020). Embora o isolamento social se evidencie como uma medida protetora (Radwan et al., 2020), pode apresentar um impacto negativo na saúde mental das pessoas em geral, durante a pandemia por COVID-19 (Raony et al., 2020), nomeadamente ao nível da solidão (Ribeiro & Ramos, 2020). Neste sentido, se os/as idosos/as já eram uma população vulnerável (Rebouças & Pereira, 2008) e suscetível, mesmo antes da pandemia, a algumas destas problemáticas (Pocinho & Macedo, 2017), é imaginável que, em tempo de pandemia por COVID-19, se tornem uma população com maior risco. Ademais, a medida de isolamento social imposta pelo Governo, de forma a mitigar o vírus, deixa os/as idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as em condições semelhantes de isolamento, o que nos

faz suspeitar de um impacto negativo e generalizado da pandemia por COVID-19 no que concerne à solidão nos/as idosos/as. O cenário é alarmante, aumentando a preocupação política, social e clínica pelo impacto da pandemia por COVID-19 nos/as idosos/as. Desta forma, surgem os primeiros estudos que validam elevados níveis de solidão na população idosa provocada pela pandemia por COVID-19 (Emerson, 2020). Não obstante, escasseiam estudos que comparem níveis de solidão em tempos de pandemia por COVID-19 entre os/as idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as. Acrescenta-se que alguns estudos têm apontado quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos/as idosos/as fundamentais na adaptação às adversidades (Fuller & Huseth-Zosel, 2021), podendo destacar-se o pensamento positivo e a procura de apoio social (Lee-Baggley et al., 2004, o que realça a importância de perceber quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos/as idosos/as que se revelam produtivas no combate à solidão. Neste sentido, os objetivos do estudo procuram avaliar e comparar os níveis de solidão em idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as, assim como avaliar a associação entre as estratégias de *coping* e os níveis de solidão em idosos/as durante a pandemia por COVID-19.

A presente dissertação está estruturada em dois capítulos. O primeiro capítulo engloba um enquadramento teórico dos fenómenos em estudo, nomeadamente idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as, solidão, estratégias de *coping* em contexto de pandemia por COVID-19. O segundo capítulo é composto pelo estudo empírico, pela argumentação da pertinência da realização da presente investigação e pelo objetivo geral e específico. Além disso, o segundo capítulo contém a caracterização da amostra, dos instrumentos psicométricos e procedimentos associados à recolha e análise dos dados. Por último, é apresentada uma descrição relativa dos resultados apurados, seguida da discussão dos mesmos e conclusão onde são apontadas limitações do estudo, implicações para a prática clínica e sugestões para futuros estudos.

1.Enquadramento teórico

1.1 Envelhecimento

Como resultado do progresso da ciência em geral e da medicina em particular, sobretudo no campo da prevenção, assim como das condições de vida, é possível verificar um progressivo envelhecimento da população, consequência do aumento da esperança média de vida (Paúl & Fonseca, 2005). Segundo a DGS (2004), o envelhecimento caracteriza-se pelo processo progressivo de mudança da estrutura biológica, psicológica e social, que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida. Já a WHO (2002) define o envelhecimento como o prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações físicas e psicológicas. A WHO (2002) acrescenta ainda que é considerado/a idoso/a aquele/a com 60 ou mais anos, em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

O envelhecimento pode ser considerado um fenómeno biológico, psicológico e social, visto que as alterações que ocorrem nos três aspetos anteriormente mencionados são lentas, graduais, e de certa forma, heterógenas, podendo-se considerar que o envelhecimento de cada pessoa tem características individuais (Zimmerman, 2000). Naquilo que concerne ao nível biológico, ao longo da vida vão ocorrendo alterações corporais e neuronais que se iniciam antes do nascimento (Schneider & Irigaray, 2008). Verifica-se que com o avançar da idade o organismo entra em declínio (e.g., imunidade, frequência cardíaca, capacidade pulmonar, entre outros). Nesta linha de seguimento, também as diversas funções e competências cognitivas (e.g., memória), sensoriais e percetivas (e.g., visuais e auditivas) declinam, o que fomenta a necessidade de cuidados para atividades que, anteriormente, funcionaram de forma normativa (Cancela, 2008). O envelhecimento é um fenómeno social que tem vindo a modificar as sociedades. Estas mudanças devem-se ao desenvolvimento tecnológico, científico, social e cultural. Nas sociedades europeias, o/a idoso/a é visto como alguém dependente (Dias, 2005). Isto deve-se ao facto da velhice ser vista como sinónimo de

improdutividade, como consequência da implementação da idade da reforma (Dias, 2005). Dias (2005) afirma que, vivemos numa sociedade em que os/as idosos/as são desvalorizados/as, pois não representam uma mão de obra ativa. Não obstante, nos países orientais, ser idoso/a é sinal de sabedoria, adoração e respeito (Araújo & Carvalho, 2005). Estudos científicos que pretendiam abordar estereótipos acerca dos/as idosos/as, realizados desde o final da primeira metade do século XX, mostraram, na sua grande maioria, o predomínio injustificado de uma imagem negativa relativamente ao envelhecimento e das pessoas idosas (Magalhães et al., 2010). Tais estereótipos, não passam de falsas concepções que se traduzem em barreiras e que negam a heterogeneidade que caracteriza o processo de envelhecimento (Magalhães et al., 2010). Regularmente, os/as idosos/as são agrupados/as num grupo com mais de 65 anos, o que é erróneo pois essa visão unidimensional traduz a imagem do/a idoso/a como um ser frágil, doente e desamparado/a e que reforça o estigma de que este grupo é um fardo para a sociedade (Seifert, 2021).

O envelhecimento demográfico em Portugal decorre de três fatores: baixa natalidade, redução da mortalidade e aumento da esperança média de vida (Arroteia & Cardoso, 2006). Os Censos de 2011, indicam que há 2.023 milhões de pessoas com mais de 65 anos a residir em Portugal, entre as quais 60% delas vivem sozinhas (Pocinho & Macedo, 2017). A Guarda Nacional Republicana (GNR), realizou, em outubro de 2020, a Operação “Censos Sénior”, que visa identificar a população idosa que vive sozinha, isolada ou sozinha e isolada (GNR, 2020). Nesta operação, foram sinalizados/as 42.329 idosos/as que vivem sozinhos/as, isolados/as ou em situação de vulnerabilidade, seja ela devida a condição física ou psicológica, ou qualquer outra que possa comprometer a sua segurança (GNR, 2020).

Enquanto antigamente a WHO propunha como objetivo aumentar a esperança média de vida, desde há uns anos que tem como intuito aumentar a qualidade de vida dos/as idosos/as com políticas de envelhecimento ativas, de modo a garantir e satisfazer as suas necessidades existenciais (Oliveira, 2005), implementando atividades que assegurem a

proteção, dignidade e cuidado dos/as idosos/as (Stenner et al., 2011). Segundo a WHO (2002), o termo envelhecimento ativo, refere-se à participação do/a adulto/a de idade avançada na vida social, económica, cultural, cívica e espiritual. Este conceito abrange muito mais do que a possibilidade deste/a ser física e profissionalmente ativo/a (WHO, 2002), tem de promover bem-estar, saúde física e psicológica e envolvimento contínuo na família (Fernández-Ballesteros et al., 2013). Neste sentido, as três fases associadas ao ciclo de vida do indivíduo, aprendizagem-juventude, trabalho-idade adulta e aposentadoria-envelhecimento, foram criadas no início do século passado e encontram-se desatualizadas quando aplicadas à sociedade contemporânea (Komp & Johansson, 2016). O aumento da esperança média de vida e as mudanças que estão a ocorrer na sociedade estão a refutar o modelo das três fases associadas ao ciclo do indivíduo (Bárrios, 2015).

Com isto, o desafio social e político que se impõe face ao envelhecimento populacional é o reconhecimento das diversas contribuições que os/as idosos/as podem fornecer à sociedade, tendo em consideração os seus conhecimentos e experiências, enquanto simultaneamente se combate a discriminação etária (del Barrio et al., 2018).

1.1.2 Idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as

O envelhecimento pode dividir-se em bem-sucedido ou mal-sucedido. Quanto ao primeiro, este é caracterizado por um bom funcionamento físico e psicológico, baixa incapacidade e envolvimento ativo. Já o envelhecimento mal-sucedido, relaciona-se com dificuldades em realizar as atividades básicas de vida diária, incapacidade e dependência (Caldas & Veras, 2007).

Surgem, muitas vezes aliado ao envelhecimento, questões relativas a carências de auxílio e cuidados que potenciam a institucionalização (Agüero-torres et al., 2001). Considera-se que o/a idosos/a está institucionalizado/a quando este/a se encontra aos cuidados formais de uma instituição na qual reside de forma temporária ou permanente (Pereira, 2012). Estas instituições, também conhecidas como “lares”, asseguram os serviços de alimentação,

banho, assistência médica e suporte técnico de cuidados pessoais (Barroso & Tapadinhas, 2006).

A institucionalização, pode potencializar perdas e sofrimento nos/as adultos/as de idade avançada. As perdas evidenciadas aquando da institucionalização podem estar relacionadas com os pertences materiais, afastamento da sua habitação, perda da rotina familiar e social, despersonalização, quando comparam o seu “eu” antes da institucionalização, e ausência ou escassez de visitas familiares que podem provocar mal-estar e, conseqüentemente potencializar o aparecimento de sintomatologia depressiva (Almeida & Rodrigues, 2008; Júnior & Gomes, 2016; Twigg, 1997).

O processo de institucionalização revela-se, na maioria das vezes, a única alternativa que a família encontra, face à impossibilidade de cuidar do/a seu/sua familiar dependente (Carvalho & Dias, 2011). Entre os vários motivos que levam à institucionalização do/a idoso/a destacam-se a perda de autonomia (Lima et al., 2016), a falta de recursos habitacionais, a carência de apoio familiar social (Matlabi et al., 2016), a incapacidade funcional em realizar as atividades básicas de vida diária (Carvalho & Dias, 2011; Lima et al., 2016; Luppá et al., 2009; Medeiros, 2012), ser do sexo feminino (Duca et al., 2012; Luk et al., 2009; Pavan et al., 2008), baixa escolaridade (Menezes et al., 2011), presença de depressão leve ou severa (Aguero- Torres et al., 2001; Runcan, 2012) hospitalização recente (Medeiros, 2012), declínio cognitivo e a idade avançada (ter idade superior a 75 anos de idade) (Barros, 2011; Carvalho & Dias, 2011; Duca et al., 2012; Robinson et al., 2011; Tsai & Lai, 2011). Além disso, a viuvez também parece estar relacionada com a institucionalização, visto que um número elevado de pessoas idosas viúvas estão institucionalizadas, enquanto aquelas que se encontram casadas ou vivem em união tendem a residir na comunidade (Duca et al., 2012).

A literatura afirma que alguns/algumas adultos/as de idade avançada experienciam sentimentos de solidão nas instituições como consequência dos relacionamentos pobres que

estabelecem com os/as cuidadores/as formais das mesmas, pela falta de comunicação que existe com os/as outros/as utentes (Teeri et al., 2006) e referem sentir-se menos suportados socialmente quando comparados/as com idosos/as da comunidade (Satuf & Bernardo, 2015). Anderberg e Berglund (2010) acrescentam ainda que, uma parte dos/as idosos/as institucionalizados/as referem falta de autonomia na realização das atividades básicas de vida diária, bem como de atividades sociais e queixam-se da falta de privacidade uma vez que lhes é exigido que partilhem o quarto, a casa de banho, entre outros (Choi et al., 2008; Khoury & Sá-Neves, 2014). Neste seguimento, os/as idosos/as da comunidade apresentam uma melhor qualidade de vida tendo em consideração que nas instituições, muitas vezes, os/as cuidadores/as não conferem aos/às idosos/as nenhum tipo de autonomia e liberdade (Nunes et al., 2010).

No que concerne à sua participação na vida social, mais uma vez, os/as adultos/as de idade avançada comunitários/as apresentam maiores níveis de qualidade de vida uma vez que, o/a idoso/a institucionalizado/a se sente excluído/a do seu contexto familiar aquando da institucionalização (Nunes et al., 2010). Desta forma, percebe-se que, os/as idosos/as da comunidade revelam uma melhor qualidade de vida quando comparados/as com idosos/as institucionalizados/as (Costa, 2017; Dagios et al., 2015; Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Khoury & Sá-Neves, 2014; Oliveira et al., 2011; Nogueira et al., 2016). O conceito qualidade de vida abrange um conjunto de aspetos como a capacidade funcional, nível socioeconómico, estado emocional, interação social, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde do próprio, estilo de vida, satisfação com atividades de vida diária, ambiente em que reside (Jerez-Roig et al., 2016; Sousa et al., 2003) e idade (Andrade & Martins, 2011). Naquilo que concerne à característica sociodemográfica idade, quanto maior esta for, nomeadamente, 80 ou mais anos (Estrada et al., 2011), pior é a perceção do/a adulto/a de idade avançada sobre a qualidade de vida uma vez que, quanto mais uma pessoa envelhece, mais problemas de saúde aparecem e se agravam, aumenta a probabilidade do indivíduo sofrer perdas sociais e apresentar declínio

cognitivo (Andrade & Martins, 2011), aparecimento de problemáticas físicas que condicionem a prática das atividades de vida diária, autonomia e independência (Bergman et al., 2013).

De uma forma global, a comunidade tem melhor capacidade para promover um ambiente mais estimulante quando comparada com as instituições (Calenti, 2002) uma vez que, nas instituições encontram-se idosos/as em faixas etárias mais elevadas devido a apresentarem maior dependência de cuidados e saúde mais débil (Martins & Mestre, 2014) e também, por ser evidente que na institucionalização está presente uma diminuição da liberdade e autonomia (Cobo, 2014). Os/as idosos/as da comunidade podem tomar as suas decisões e fazerem as próprias escolhas, o que parece ter impacto significativo na perceção que estes/as apresentam sob controlo, autonomia e, conseqüentemente, maior qualidade de vida (Khoury & Sá-Neves, 2014).

1.2 Solidão em idosos/as

O ser humano é um ser social e como tal, interagir, comunicar, estabelecer e manter relações é algo imprescindível naquilo que são as necessidades básicas do indivíduo. Embora o ser humano esteja constantemente em contacto com outras pessoas, a presença destes por si só não se revela suficiente, pois o ser humano precisa de alguém que o valorize, que possa confiar, interagir de forma positiva e que expressem afeto pelo próprio. Desta forma, as relações de qualidade revelam-se extremamente importantes para a manutenção do bem-estar físico e psicológico do indivíduo ao longo da vida. Assim, torna-se importante perceber em que medida é que o indivíduo se sente ou não socialmente isolado e só (Cacioppo & Cacioppo, 2014).

O constructo solidão é um sentimento subjetivo, relacionado com a qualidade da interação social e não com a quantidades de contactos (Freitas, 2011) e pode ser definido pela discrepância entre as relações sociais reais do indivíduo e as desejadas (Scharf & Jong Gierveld, 2008).

Tendo em consideração estudos anteriores, os/as idosos/as são um grupo particularmente vulnerável a desenvolver sentimentos de solidão (De Koning et al., 2017; Victor & Yang, 2012). Todavia, tal como evidenciado por investigações realizadas anteriormente, não há uma relação direta entre adulto/as de idade avançada e solidão, existem apenas fatores pessoais e sociais que contribuem para que a população desta faixa etária experiencie sentimentos de solidão (Freitas, 2011). Questões relacionadas com a diminuição das atividades sociais, perda de autonomia, perda de amigos/as, independência dos/as filhos/as, saída do mundo laboral, a entrada na reforma (Pocinho & Macedo, 2017), o comprometimento físico, maior prevalência de condições crónicas e declínio cognitivo são algumas das causas que potenciam os/as adultos/as de idade avançada a experienciarem sentimentos de solidão (Kar, 2016). Este tipo de sentimentos podem causar um enorme sofrimento psicológico (Faísca et al., 2019).

A solidão na população geriátrica é um problema que ao longos dos anos tem vindo a crescer cada vez mais (Cacioppo & Cacioppo, 2014) e é considerada um problema de saúde pública, devido ao risco elevado destes desenvolverem problemas cardiovasculares, autoimunes, neurocognitivos e mentais como resultado da mesma (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015). Em 2015, “erradicar o isolamento social” foi integrado num plano como sendo um dos dozes Desafios do Serviço Social, de maneira a intervir e mitigar o isolamento social (Lubben et al., 2015). Em 2017, a solidão e o isolamento social em idosos/as foram denominados de epidemia global (Murthy, 2017). Por essa mesma razão, têm sido estudados diversos fatores protetores e de risco associados à solidão. Menores níveis de solidão estão associados ao casamento (Beutel et al, 2017; Cacioppo & Cacioppo, 2014; Pinquart & Sörensen, 2003), ensino superior e maior rendimento económico (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Savikko et al., 2005). Podemos identificar como fatores de risco os contactos pouco frequentes com familiares e amigos/as, redes sociais reduzidas (Bondevik & Skogstad, 1998; Cacioppo & Cacioppo, 2014; Lee et al, 2019; Santini et al., 2020), insatisfação com

condições de vida (Cacioppo & Cacioppo, 2014), relações de baixa qualidade (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Hawkley et al., 2008; Lee et al., 2019; Santini et al., 2020), habitar sozinho/a (Beutel et al., 2017; Cacioppo & Cacioppo, 2014; Routasalo et al., 2006), divórcio e viuvez (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Dykstra, 2009).

A solidão é ainda considerada um fator de risco para problemas de saúde física e mental (Beutel et al., 2017; Cacioppo & Cacioppo, 2014), como a sintomatologia depressiva (Beutel et al., 2017; Cacioppo et al., 2006, 2010; Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Lee et al., 2019; Richard et al., 2017; Santini et al., 2020; VanderWeele et al., 2011), aumento do risco de mortalidade (Holwerda et al., 2012), pior desempenho cognitivo e declínio cognitivo (Boss et al., 2015; Gow et al., 2007; Shankar et al., 2013; Wilson et al., 2007), diabetes, colesterol elevado (Richard et al., 2017), idas frequentes a hospitais (Gerst-Emerson et al., 2015; Richard et al., 2017), dificuldades nas atividades básicas da vida diária (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015), ansiedade (Lee et al., 2019; Santini et al., 2020), menor resiliência (Lee et al., 2019), diminuição da qualidade do sono (Cacioppo & Cacioppo, 2006; Cacioppo & Cacioppo, 2010; Cacioppo & Cacioppo, 2014), estilos de vida pouco saudáveis, nomeadamente álcool, dieta pouco saudável, sedentarismo e doença cardiovascular (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad et al., 2015; Petitte et al., 2015; Richard et al., 2017). Acrescenta-se ainda que, existe maior prevalência de solidão em idosos/as viúvos/as (Jakobsson & Hallberg, 2005; Savikko et al., 2005), baixo poder socioeconómico, poucas habilitações literárias, comprometimento funcional (Courtin & Knapp, 2017) e ser do sexo feminino (Beutel et al., 2017; Cacioppo & Cacioppo, 2014; Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015; Lee et al., 2019). Neste sentido, um/a adulto/a de idade avançada, solteiro/a ou que reside sozinho/a e com baixo poder socioeconómico tem mais probabilidade de experienciar sentimentos de solidão (Menec et al., 2019). Adultos/as de idade avançada da comunidade apresentam menos níveis de solidão e maiores níveis de satisfação com a vida e bem-estar comparativamente aos/às idosos/as institucionalizados/as

pois, sentem-se socialmente mais suportados, (Carneiro et al., 2007; Choi & Wodarski, 1996; Yeh & Liu, 2003; Yeh & Lo, 2004), mais seguros e felizes (Hacihasanoğlu et al., 2012; Hazer & Boylu, 2010), enfrentam de forma mais positiva questões ligadas ao envelhecimento e lidam melhor com adversidades quando têm junto de si pessoas afetivamente significativas (Barroso & Tapadinhas, 2006).

1.3 Coping em idosos/as

O *coping* é definido como um conjunto de estratégias executadas por alguém de forma a se adaptar a circunstâncias adversas e, desta forma, conseguir tolerar ou diminuir a tensão psicológica (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, o *coping* corresponde às mudanças cognitivas e comportamentais, internas ou externas, para lidar com uma situação de adversidade (Marconcin et al., 2019). Estas estratégias são vistas como mecanismos de proteção da saúde física e mental (Yancura & Aldwin, 2008) e, também vão determinar os níveis de saúde e bem-estar psicológico (Folkman & Lazarus, 1988). Alguns estudos científicos sugerem que o aumento da idade pode ser visto como um bom preditor para lidar com adversidades, tendo em consideração a experiência de vida que fomentam habilidades para lidar com as mesmas (Aldwin & Igarashi, 2016; Neubauer et al., 2019). Aldwin e Igarashi (2016) afirmam que as experiências de adversidade estão associadas a maiores níveis de resiliência. Uma vez que, os/as adultos/as de idade avançada, pela sua idade, já vivenciaram diversas situações de adversidade ao longo da sua vida, estes autores defendem que esta população apresenta um maior número de recursos para lidar com situações adversas. O estudo de Neubauer et al. (2019) corrobora esta afirmação ao mostrar que os/as adultos/as de maior idade são mais hábeis a lidar com as adversidades comparativamente aos jovens.

Estudos anteriores sobre o impacto de situações de vida inesperadas, nomeadamente, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003, identificaram estratégias de *coping* utilizadas pelos/as adultos/as de idade avançada para lidarem com essa epidemia, entre elas destacam-se o pensamento positivo e a procura de suporte social (Lee-Baggley et al., 2004).

Os autores Lee-Baggley et al. (2004) demonstram que os indivíduos que eram mais suscetíveis a contrair a doença, eram mais propensos a adotarem um pensamento positivo e ações adaptativas. A título de exemplo, estes indivíduos consideraram que esta situação era apenas uma fase que ia melhorar. Assim, os indivíduos procuraram suporte social, como o conforto e segurança nas interações com os seus familiares e amigos.

Os/as adultos/as de idade avançada podem apresentar outros mecanismos de *coping*, tais como estratégias focadas na emoção e no problema (Shenk et al., 2009). As estratégias focadas na emoção caracterizam-se pelo distanciamento ou fuga do problema e procura de suporte emocional (Folkman, 2010). Desta forma, Lazarus e Folkman (1984) consideram que, as estratégias focadas na emoção impedem o indivíduo de enfrentarem de forma realística a situação adversa (Talarico et al., 2009), pois recusam-se a acreditar que determinada situação está a acontecer com o/a próprio/a, imaginando como as coisas poderiam ser diferentes (Dias & Pais-Ribeiro, 2018). Já as estratégias assentes no problema estão centradas na resolução do problema, onde o indivíduo tenta fazer algo para solucionar o mesmo (Yeung & Fung, 2007). Assim, nas estratégias de *coping* centradas no problema, o indivíduo direciona os seus esforços para a resolução do problema, procurando alternativas, comparando o custo-benefício e, finalmente, escolhendo a opção mais vantajosa para solucionar o mesmo (Lazarus & Folkman, 1984).

1.4 Adultos/as de idade avançada, Solidão e Pandemia COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa altamente contagiosa (Simonetti et al., 2001; Tsamakidis et al., 2020) causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2. O coronavírus COVID-19, surgiu pela primeira vez em Wuhan, China, em 2019 (COVID-19) e tornou-se, rapidamente, uma ameaça à saúde pública global (Wang et al., 2020), sendo que a 11 de março de 2020, a WHO decretou estado de pandemia (Cucinotta & Vanelli, 2020). A COVID-19 é um beta coronavírus que é transmissível entre humanos após uma interação física próxima (Huang et al., 2020). A COVID-19 apresenta um período de incubação até 14 dias e

destacam-se como sintomas febre, fadiga, tosse seca, calafrios, dor de garganta, dificuldade em respirar, náusea, vômito e diarreia (Chen et al., 2020). A maioria da população infetada apresenta doença respiratória leve a moderada e recupera sem recurso a um tratamento específico. Os/as adultos/as de idade avançada e todos/as aqueles/as com problemas médicos subjacentes, tais como cancro, doenças respiratórias, diabetes, entre outros, apresentam maior probabilidade de desenvolver patologias graves (WHO, 2020). Neste seguimento, são considerados grupos de risco para a COVID-19: pessoas idosas, pessoas com doenças crónicas (e.g., cardíaca, pulmonar e hipertensão arterial), pessoas que realizaram quimioterapia ou tratamento para doenças autoimunes (e.g. esclerose múltipla), infetados/as pelo VIH/sida e doentes transplantados/as (Mohammadzadeh et al., 2020)

O contexto pandémico em que se vive, provocado pela COVID-19, obrigou os Estados de todo o mundo a definirem medidas limitadoras de circulação e socialização da população, principalmente de grupos de risco, nomeadamente a população idosa, residam elas em instituições ou na comunidade (Melo et al., 2020).

As medidas adotadas pelos Governos, de modo a proteger a população e consequentemente, mitigar a disseminação e propagação da COVID-19, consistiram, entre outras, no isolamento social (Armitage & Nellums, 2020; Banerjee & Rai, 2020; Wilder-Smith & Freedman, 2020), na redução dos contactos sociais e no distanciamento social ou, mais precisamente, o distanciamento físico (Bavel et al., 2020; Wilder-Smith & Freedman, 2020). Os conceitos distanciamento social e distanciamento físico distinguem-se pelo facto do primeiro implicar uma rutura numa interação significativa, enquanto o distanciamento físico caracteriza-se pela perda do contacto físico, não obstante a conexão social pode ser possível, por exemplo através da mediação tecnológica (Bavel et al., 2020). Em particular, foi solicitado aos/às adultos/as de idade avançada para praticarem o distanciamento físico, uma vez que apresentam maior risco de hospitalização e mortalidade por COVID-19 (Promislow, 2020). Esta medida condicionou a realização de certas rotinas (Nestola et al.,

2020) e limitou o contacto social desta população cujo único contacto que têm, muitas das vezes, é fora de sua casa, como por exemplo, na rua, nos hipermercados, centros comunitários, entre outros (Melo et al., 2020). Existem ainda idosos/as que não têm nem família nem amigos/as próximos/as e que o único apoio que recebem é prestado por serviços de voluntariado ou assistência social e que, por consequência destas medidas, deixam de beneficiar desses mesmos apoios (Armitage & Nellums, 2020; Hartt, 2020). No caso dos/as idosos/as institucionalizados/as, para além de terem sido isolados/as nos respetivos quartos, também lhes foram interditas quaisquer tipo de visitas (Gordon et al., 2020).

Através do recurso às tecnologias como chamada telefónica, videochamada, mensagens de texto e emails, os/as idosos/as podem valer-se de redes de apoio social e de sentimentos de pertença (Connell et al., 2018; Herron et al., 2021; Mishna et al., 2020). Não obstante, é possível que esta população se possa deparar com falta de meios para o acesso às mesmas ou analfabetismo para a utilização deste recurso (Herron et al., 2021; Newman & Zainal, 2020). O contacto telefónico frequente com pessoas significativas é dos recursos mais usados (Newman & Zainal, 2020), mas ainda assim, pode não se verificar suficiente na medida em que a quebra da rotina diária e a rotura do contacto pessoal podem originar problemas na saúde física e mental do/a adulto/a de idade avançada (Velho & Herédia, 2020).

Se a pandemia por COVID-19 provocou à população em geral preocupação (Gerhold, 2020) e medo (Harper et al., 2020), nomeadamente de ficarem infetados com a COVID-19 e, consequentemente morrerem (Girdhar et al., 2020), as medidas de proteção impostas pelo governo acrescentaram outros sentimentos negativos que potenciam sofrimento psicológico, como a raiva e a solidão (Grolli et al., 2020). Um número considerável de estudos indicam que, houve um aumento dos níveis de solidão desde o início da pandemia por COVID-19 (Emerson, 2020; Kotwal et al., 2021) uma vez que existiu a necessidade exacerbada de se praticar o distanciamento físico e ficaram suspensas por tempo indeterminado atividades, serviços e convívios sociais (Herron et al., 2021). De uma forma geral, as pessoas tendem a

evidenciar ansiedade e insegurança quando existe mudanças repentinas no seu quotidiano, o que reflete um impacto negativo na saúde mental do indivíduo (Usher et al., 2020). No caso da medida de isolamento imposta pelos Governos, esta provocou a diminuição da comunicação entre familiares e redução do suporte social (Nestola et al., 2020), potenciando os sentimentos de medo, ansiedade e solidão (Harden et al., 2020; Shrira et al., 2020; Usher et al., 2020). Além disso, sentimentos de solidão podem levar à depressão (Landeiro et al., 2017; Melo et al., 2020), à ansiedade, ao declínio cognitivo e à demência (Landeiro et al., 2017). Neste sentido, salienta-se a importância de encontrar mecanismos/estratégias que podem ser úteis no combate à solidão (Neubauer et al., 2019).

1.5 Estratégias de *coping* usadas pelos/as idosos/as

O *coping* visa dar resposta a um elemento causador de stress de forma a reduzi-lo. Assim, o *coping* pode ser considerado como uma ação intencional, física ou mental, orientada para um elemento causador de stress, através de circunstâncias externas (e.g. focado no problema) ou estados internos (e.g. focado na emoção) (Lazarus & Folkman, 1984; Marconcin et al., 2019). As estratégias de *coping* usadas pelos/as idosos/as têm sido apontadas como benéficas na adaptação às adversidades (e.g., Fuller & Huseth-Zosel, 2021), o que realça a importância de estudos nesta área, de modo a conhecer as que melhor se adequam aos problemas psicológicos potenciados pela pandemia por COVID-19. Mathiazén et al. (2021), num dos seus estudos, verificaram que a espiritualidade e a religião foram umas das estratégias de *coping* mais utilizadas pelos/as idosos/as em tempos de pandemia por COVID-19. Fuller e Huseth-Zosel (2021) acrescentam que, outras estratégias utilizadas por adultos/as mais velhos/as consistiram em realizar atividades de forma a manterem-se ocupados/as, procura de suporte social e mentalidade positiva, nomeadamente, aceitação, otimismo e fé. Contudo, não foram encontrados estudos que se debruçassem especificamente na análise de estratégias de *coping* que poderão ser úteis para lidar com a solidão em tempos de pandemia por COVID-19.

Em suma, face à pandemia por COVID-19, foram implementadas estratégias para a contenção da propagação da doença assentes no isolamento social e no distanciamento social que colocaram os/as adultos/as de idade avançada institucionalizados/as e comunitários/as em situações semelhantes de isolamento. Esta situação retrata um impacto negativo e generalizado da pandemia por COVID-19, que pode contribuir para potenciar vulnerabilidades já existentes, tal como os sentimentos de solidão. Contudo, é necessária investigação que permita clarificar esta questão, uma vez que escasseiam estudos nesta área, sendo mesmo desconhecidos estudos que comparem os níveis de solidão entre idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as em Portugal. Adicionalmente, perceber quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos/as idosos/as que se revelam mais produtivas no combate à solidão em tempos de pandemia, parece ser fundamental visto que as estratégias de *coping* têm funcionado como um recurso positivo para um melhor ajustamento às experiências problemáticas (Fuller & Huseh-Zosel, 2021). Além disso, ainda não existe pesquisa suficiente que revele quais as estratégias de *coping* mais eficazes em situações de stress continuas, como a pandemia por COVID-19 (Neubauer et al., 2019). Prevê-se que este tipo de estudos contribuam para o aumento do conhecimento científico relativo à saúde mental dos/as idosos/as em tempos de pandemia por COVID-19, no que respeita à solidão, e para a eficácia da prática clínica na prevenção / tratamento destas problemáticas nesta população através do conhecimento dos mecanismos de *coping* que contribuem para a saúde mental durante a pandemia.

2. Estudo Empírico

2.1. Objetivos e questão de investigação

O presente estudo tem como principal objetivo conhecer os níveis de solidão de adultos/as de idade avançada no concerne à solidão em tempos de pandemia por COVID-19, e quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos/as mesmos/as para lidarem com esta

problemática. Quanto aos objetivos específicos, este estudo pretende: 1) avaliar e comparar os níveis de solidão em adultos/as de idade avançada institucionalizados/as e comunitários/as não institucionalizados/as, 2) conhecer as estratégias de *coping* mais usadas pelos/as idosos/as e 3) avaliar a associação entre as estratégias de *coping* e os níveis de solidão em adultos/as de idade avançada durante a pandemia por COVID-19.

Neste sentido, procura-se responder às seguintes questões de investigação: 1) Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão entre idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as em tempos de pandemia por COVID-19?, 2) Quais as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos/as adultos/as de idade avançada? e 3) Existem estratégias de *coping* associadas aos níveis de solidão nos/as idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as?

2.2. Método

Neste capítulo irá ser apresentada a metodologia desta investigação, descrevendo os processos associados, mais especificamente: participantes, desenho e método de investigação, instrumentos e procedimentos utilizados na recolha e análise de dados.

2.2.1. Participantes

O presente estudo contou com uma amostra por conveniência de 92 (100%) idosos/as, dos/as quais 46 (50%) são institucionalizados/as e os/as outros/as 46 (50%) idosos/as não institucionalizados/as, residentes na região Norte do país. São integrantes do estudo 61 participantes do sexo feminino (66,3%) e 31 participantes do sexo masculino (33,7%), com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos ($M=77.6$, $DP= 8.56$, $Min= 65$, $Max= 97$). Estes/as participantes foram selecionados/as de acordo com os seguintes critérios de (i) inclusão: idade igual ou superior a 65 anos, participação gratuita e de livre vontade; e (ii) exclusão: serem portadores de perturbações neurocognitivas (e.g., demência ou défice cognitivo severo), impeditiva da livre opção ou da compreensão da natureza do estudo.

Os/as participantes institucionalizados/as deste estudo são idosos/as inseridos/as em três Lares da região Norte do país, e os/as restantes são idosos/as que fazem parte da comunidade e que foram abordados/as a partir da rede social dos/as investigadores/as, por efeito bola de neve.

Tabela 1

Análise descritiva por idade e sexo

	<i>N</i>	<i>Midades</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Homens	31 (33.7%)	75.7	7.60	65	93
Mulheres	61 (66.3%)	78.6	8.92	65	97
Total	92 (100%)	77.6	8.56	65	97

Nota: N: número, M: média, DP: desvio padrão

Quanto ao estado civil, a Tabela 2 evidencia que mais de metade dos/as idosos/as não institucionalizados/as, ($n=27$; 58.7%) estão casados/as ou em união de facto e apenas uma percentagem reduzida de idosos/as institucionalizados/as ($n=11$; 23.9%) se encontram na mesma situação. Ademais, quase metade dos/as idosos/as institucionalizados/as estão viúvos/as ($n=21$; 45.7%) e somente um número reduzido de idosos/as da comunidade ($n= 14$; 30.4%) apresentam a mesma condição. Relativamente à escolaridade, os dados são semelhantes, revelando que grande parte dos/as idosos/as institucionalizados/as ($n=24$: 52.2%) e não institucionalizados/as ($n=22$; 47.8%) têm o 1º ciclo. Acrescenta-se que existe mais idosos/as licenciados/as institucionalizados/as ($n= 5$; 10.9%) do que comunitários/as ($n=1$; 2.2%).

Tabela 2

Caraterísticas sociodemográficas dos/as participantes

Características sociodemográficas	Instituições n (%)	Comunidade n (%)	Total n (%)
Nº 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)
Escolaridade			
Analfabeto	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)
Estado civil			
Casado/a 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 (38.0)

Nota: UF: união de facto

2.2.2. Desenho e métodos de investigação

O presente estudo adotou uma metodologia quantitativa e de desenho transversal, no que concerne à sua natureza.

2.2.3. Instrumentos

A recolha de dados envolveu a aplicação de questionários a idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as. O protocolo de avaliação foi constituído pelo questionário sociodemográfico, pela escala de solidão University of California, Los Angeles-Loneliness (UCLA-L; Pocinho et al., Frate, 2010) e pelo Brief Cope (BC; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), descritos de seguida.

2.2.3.1. Questionário sociodemográfico: O questionário sociodemográfico foi construído tendo por base estudos anteriores realizados com a população idosa. Junto de cada um/a dos/as participantes foi aplicado um questionário sociodemográfico, que visa avaliar as características sociodemográficas, contemplando questões como género, idade, estado civil,

habilitações literárias, situação profissional, institucionalização, doenças físicas e psicológicas e formas de contacto. Foram ainda incluídas questões que, na análise, são essenciais avaliar tendo em conta os objetivos propostos neste projeto, nomeadamente 1) avaliar e comparar os níveis de solidão em adultos/as de idade avançada institucionalizados/as e não institucionalizados/as e 2) avaliar a associação entre as estratégias de *coping* e os níveis de solidão em adultos/as de idade avançada durante a pandemia por COVID-19.

2.2.3.2. University of California, Los Angeles- Loneliness (UCLA-L). O UCLA-L é um questionário de autorrelato, desenvolvido por Russel et al. (1978), para avaliar a presença do sentimento de solidão ou isolamento social nos idosos. A escala é composta por 20 itens, avaliados pelos participantes numa escala de *Likert* de quatro pontos que vai de 0 (nunca) a 3 (frequentemente) e tem como ponto de corte 40 pontos. A investigação tem demonstrado que o UCLA-L possui boas qualidades psicométricas, nomeadamente, boa consistência interna (alfa de *Cronbach* [α] varia entre .89 e .94) (Russell, 1996). A versão portuguesa do questionário foi adaptada e validada por Pocinho et al., (2010), e é composta apenas por 16 itens, e possui igualmente boas qualidades psicométricas ($\alpha = .90$) (Pocinho et al., 2010).

Brief Cope (BC). O BC é um questionário de autorrelato desenvolvido por Carver et al. (1989), para avaliar quais as estratégias utilizadas pela população. Esta escala é composta por 14 subescalas. Cada subescala permite um valor entre 0 e 3, sendo que a valores superiores correspondem maior utilização da estratégia (Carver et al., 1989). A investigação tem demonstrado que as subescalas do BC possuem boas qualidades psicométricas, nomeadamente, boa consistência interna, com valores de *alfa de Cronbach* que variam entre .45 e .92 (Carver et al., 1989). A versão portuguesa do questionário foi adaptada e validada por Pais – Ribeiro e Rodrigues (2004), e é igualmente composta por 14 subescalas. No seu estudo de validação foram encontrados os seguintes valores de *alfa de Cronbach* para as 14 subescalas: o *coping* ativo (.65); planear (.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).

2.2.4. Procedimento de recolha de dados

O presente estudo é quantitativo, de natureza transversal, baseado na aplicação de questionários de autorrelato. De forma a cumprir as recomendações éticas e legais, foi pedido à Comissão de Ética do ISMAI, atual Universidade da Maia, uma apreciação sobre os procedimentos e *design* do estudo, do qual recebeu um parecer favorável. Seguidamente, foi realizado um documento de pedido de autorização às instituições para a recolha de dados dos/as idosos/as institucionalizados/as, onde constaram explanados os objetivos, o protocolo de avaliação e os procedimentos do estudo. Os dados foram recolhidos posteriormente à resposta positiva por parte das instituições.

A recolha de dados foi realizada num único momento, a partir de um protocolo de avaliação que contemplou o consentimento informado, o questionário sociodemográfico e os instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente, o UCLA-L e o BC.

Salienta-se que alguns destes lares são locais onde o/as aluno/as de mestrado do grupo de orientação se encontram a realizar os seus estágios. O/a aluno/a da respetiva instituição será o/a único/a a recolher os dados na mesma, de maneira a garantir a proteção da saúde dos/as utentes e minimizar a entrada de pessoas externas ao lar. Quanto à recolha de dados, esta foi realizada pelo/a aluno/a que integra a equipa ou pelo/a profissional de psicologia integrado/a na respetiva instituição.

Relativamente aos/às idosos/as da comunidade, a recolha foi realizada por todos/as o/as aluno/as, individualmente. Todos/as os/as idosos/as, quer estejam institucionalizados/as ou não, foram informados/as, a partir do consentimento informado e esclarecidos/as por parte do/a aluno/a que esteve a recolher os dados (caso o/a idoso/a tenha alguma dúvida) acerca do âmbito do projeto e de todos os aspetos referentes à confidencialidade, anonimato, proteção

de dados e condições de participação. Posteriormente, foi solicitado aos/às participantes que respondessem de forma autónoma aos questionários, ressalvando-se situações de analfabetismo ou dificuldade visual ou física. Nestes casos, o/a aluno/a responsável pela recolha auxiliou o/a idoso/a.

Os consentimentos informados e os instrumentos foram guardados e preservados num local restrito e inacessível através de barreiras físicas no ISMAI (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.

2.2.5. Procedimento de análise de dados

No tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Sciences* (SPSS) – versão 27, Inc para Windows 10, no qual se procedeu aos cálculos necessários para estatísticas descritivas, correlacionais e comparativas. Foram usados testes paramétricos sempre que os pressupostos exigidos para a aplicação dos mesmos se encontravam cumpridos, tais como os princípios de normalidade e homogeneidade (Marôco, 2011). No que concerne às estatísticas descritivas, foram calculadas medidas de tendência central, como a média, máximo e mínimo; e o desvio padrão como uma medida de dispersão. De modo a testar associações entre variáveis, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson. O teste-t foi aplicado para a comparação entre grupos independentes (Marôco, 2011). Destaca-se que a partir da variável UCLA-L (i.e., escala total), foi criada uma nova variável dicotómica designada “solidão” (i.e., não: até 39; sim: > 40).

3. Resultados

Neste capítulo serão analisados os resultados de acordo com os objetivos propostos, que serão posteriormente discutidos, tendo em consideração a revisão bibliográfica realizada.

3.1 Níveis de solidão nos/as idosos/as

Os resultados apresentados na Tabela 3 correspondem à análise descritiva da escala UCLA-L.

Como referido, o ponto de corte da UCLA-L situa-se nos 40, valor a partir do qual se considera que o/a participante relata sentimentos de solidão. Os resultados apresentados na Tabela 3 revelam que, em média, os/as participantes institucionalizados/as e comunitários/as estão abaixo do ponto de corte da UCLA-L, ou seja, não apresentam níveis clinicamente significativos de solidão. Contudo, ao analisar a variável dicotómica (i.e., não: até 39; sim: >40), observa-se que 36 dos/as participantes apresentaram níveis clinicamente significativos de solidão, dos/as quais 31 pertencem ao grupo dos/as idosos/as institucionalizados/as (ver Tabela 4).

Tabela 3

Análise descritiva da escala UCLA-L

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Instituições	39.0	27.5	16	61
Comunidade	12.2	8.66	16	51
Total	33.3	12.0	16	61

Nota: UCLA-L: *University of Califórnia, Los Angeles Loneliness*, M: média, DP: desvio padrão

O teste de *Levene* ($p = .027$), sugeriu que se encontrava assegurada a homogeneidade de variâncias dos grupos. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão entre os grupos, $t(90.0) = 5.205$, $p < .001$, $mdif = 11.457$, 95% IC (7.08-15.83), $d = 1.085$ (efeito elevado), sendo que o grupo institucionalizado apresenta pontuações médias superiores ($M = 39.0$, $DP = 12.2$) às dos comunitários/as ($M = 27.5$, $DP = 8.66$).

Através da visualização da Tabela 4, percebe-se que os/as idosos/as institucionalizados/as ($n = 31$) revelam maiores níveis de solidão quando comparados/as com os/as idosos/as da comunidade ($n = 5$).

Tabela 4

Frequências da variável “solidão”

	Sim (%)	Não (%)
Instituições	31 (67.4)	15 (32.6)
Comunidade	5 (10.9)	41 (89.1)
Total	36 (39.1)	56 (60.9)

3.2 Estratégias de *coping* adotadas pelos/as idosos/as

Considerando as estatísticas descritivas apresentadas na Tabela 5, verifica-se que as estratégias de *coping* que revelam maior expressão de utilização nos/as idosos/as são a *religião* ($M=2.03$, $DP=1.14$), a *aceitação* ($M=1.78$, $DP=0.83$), o *coping ativo* ($M=1.65$, $DP=0.93$), o *planeamento* ($M=1.64$, $DP=0.90$) e a *auto-distração* ($M=1.64$, $DP=1.01$).

Tabela 5

Estatísticas descritivas das subescalas do BC

Subescalas	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
CA	1.65	0.93	0	3
PL	1.64	0.90	0	3
SI	1.06	1.80	0	3
SE	1.31	0.98	0	3
RE	2.03	1.14	0	3
RP	1.43	0.98	0	3
AC	0.65	0.77	0	3
AT	1.78	0.83	0	3
ES	1.27	0.94	0	3
NG	0.55	0.75	0	3
AD	1.64	1.01	0	3
DC	0.54	0.91	0	3
US	0.10	0.45	0	2
HU	0.80	1.00	0	3

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

Tendo em consideração as análises descritivas das estratégias de *coping* de ambos os grupos (institucionalizados/as *versus* comunitários/as), pode verificar-se que a *religião* ($M=2.25$, $DP=1.11$) é a estratégia de *coping* mais utilizada pelos/as idosos/as institucionalizados/as, seguida da *auto-distração* ($M=1.82$, $DP=1.02$), da *aceitação* ($M=1.72$,

$DP=0.90$) e do *coping* ativo ($M=1.64$, $DP=0.98$) (ver Tabela 6). Quanto ao grupo dos/as idosos/as da comunidade, constata-se que a *aceitação* ($M=1.83$, $DP=0.77$) é a estratégia mais utilizada por este grupo, seguida da *religião* ($M=1.80$, $DP=1.13$), do *coping* ativo ($M=1.67$, $DP=0.90$) e do *planeamento* ($M=1.66$, $DP=0.89$) (ver Tabela 7).

Tabela 6

Análises descritivas das estratégias de coping dos/as idosos/as institucionalizados/as

Subescalas	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
CA	1.64	0.98	0	3
PL	1.63	0.93	0	3
SI	1.13	1.00	0	3
SE	1.51	0.96	0	3
RE	2.25	1.11	0	3
RP	1.25	0.91	0	3
AC	0.54	0.79	0	2
AT	1.72	0.90	0	3
ES	1.19	1.00	0	3
NG	0.30	0.55	0	3
AD	1.82	1.02	0	3
DC	0.15	0.38	0	2
US	0.03	0.22	0	2
HU	0.77	1.05	0	3

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

Tabela 7

Análises descritivas das estratégias de coping dos/as idosos/as da comunidade

Subescalas	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
CA	1.67	0.90	0	3
PL	1.66	0.89	0	3
SI	0.99	0.80	0	3
SE	1.11	0.96	0	3
RE	1.80	1.13	0	3
RP	1.62	1.01	0	3
AC	0.75	0.73	0	3
AT	1.83	0.77	0	3
ES	1.36	0.83	0	3
NG	0.80	0.83	0	3
AD	1.47	0.93	0	3
DC	0.39	0.49	0	2
US	0.17	0.46	0	2
HU	0.83	0.95	0	3

Nota: AC: auto-culpabilização; AD: auto-distração; AT: aceitação; BC: *Brief Cope*; CA: *coping* ativo; DC: desinvestimento comportamental; DP: desvio padrão; ES: expressão sentimentos; ET: escala total; HU: humor; M: média; NG: negação; PL: Planeamento; RE: religião; RP: reinterpretação positiva; SE: suporte emocional; SI: suporte instrumental; US: uso substâncias.

3.3 Solidão e estratégias de *coping*

Foram observadas correlações estatisticamente significativas entre os níveis de solidão apresentados por cada grupo (institucionalizados/as *versus* comunitários/as) e as estratégias de *coping* usadas pelos/as mesmos/as (Tabela 8). Especificamente, nos/as idosos/as institucionalizados/as foram encontradas relações positivas, estatisticamente significativas, ainda que fracas a moderadas (Martins, 2011), entre os níveis de solidão e as estratégias de *coping* expressão de sentimentos ($r=.170$, $p=.275$), auto-distração ($r=.275$, $p=.064$) e desinvestimento comportamental ($r=.106$, $p=.482$). Foram também encontradas relações negativas, estatisticamente significativas, ainda que fracas (Martins, 2011), entre os níveis de solidão e as estratégias de *coping* como *coping* ativo ($r=-.342$, $p=.020$), planeamento ($r=-.380$, $p=.009$), reinterpretação positiva ($r=-.522$, $p < .01$), aceitação ($r=-.309$, $p=.037$) e humor ($r=-.644$, $p < .01$). Por outras palavras, o aumento dos níveis de solidão, no caso dos/as idosos/as institucionalizados/as, está associado ao aumento do uso das estratégias de *coping* como a expressão de sentimentos, auto-distração e desinvestimento comportamental;

e à diminuição das estratégias de *coping* como *coping ativo*, *planeamento*, *reinterpretação positiva*, *aceitação* e *humor*.

Relativamente aos/às idosos/as da comunidade, foram encontradas relações positivas, estatisticamente significativas fracas a moderadas (Martins, 2011), entre os níveis de solidão e as estratégias de *coping* como a *religião* ($r=.298$, $p=.044$), a *auto-culpabilização* ($r=.325$, $p=.028$) e a *expressão de sentimentos* ($r=.336$, $p=.022$). Foram também encontradas relações, negativas estatisticamente significativas, de forma moderada a forte (Martins, 2011), entre os níveis de solidão e as estratégias de *coping* como o *planeamento* ($r=-.021$, $p=.889$), a *reinterpretação positiva* ($r=-.039$, $p=.795$), a *aceitação* ($r=-.067$, $p=.657$) e o *humor* ($r=-.295$, $p=.046$). Por outras palavras, o aumento dos níveis de solidão, no caso dos/as idosos/as da comunidade, está associado ao aumento do uso das estratégias de *coping* como a *religião*, a *auto-culpabilização* e a *expressão de sentimentos*; e à diminuição das estratégias de *coping* como o *planeamento*, a *reinterpretação positiva*, a *aceitação* e o *humor*.

Tabela 8

Correlação entre as subescalas do BC com a UCLA-L total e por residência

	UCLA-L Instituições	<i>p</i>	UCLA-L Comunidade	<i>p</i>	UCLA-L total	<i>p</i>
CA	-.342*	.020	.068	.258	-.145	.167
PL	-.380**	.009	-.021	.889	-.210*	.045
SI	-.194	.196	.233	.120	.003	.977
SE	-.038	.802	.146	.331	.132	.209
RE	-.194	.196	.298*	.044	.104	.322
RP	-.522**	<.01	-.039	.795	-.351**	.001
AC	-.160	.289	.325*	.028	-.038	.719
AT	-.309*	.037	-.067	.657	-.221*	.034
ES	.170	.257	.336*	.022	.158	.132
NG	.005	.974	.182	.226	-.084	.426
AD	.275	.064	.155	.308	.292**	.005
DC	.106	.482	.178	.237	-.014	.896
US	.074	.623	.115	.448	-.019	.858
HU	-.644**	<.01	-.295*	.046	-.459**	<.01

Nota: AC: auto-culpabilização; AD: auto-distração; AT: aceitação; CA: *coping* ativo; DC: desinvestimento comportamental; ES: expressão sentimentos; H: homens; HU: humor; M: mulheres; NG: negação; PL: Planeamento; RE: religião; RP: reinterpretação positiva; SE: suporte emocional; SI: suporte instrumental; US: uso substâncias; UCL: *University of Califórnia, Los Angeles- Loneliness*. *: significativo ao nível .05; **: significativo ao nível .01.

4. Discussão de resultados

A presente investigação pretende perceber os níveis de solidão dos/as adultos/as de idade avançada em tempos de pandemia por COVID-19 e a sua relação com as estratégias de *coping* utilizadas pelos/as mesmos/as para lidarem com esta problemática.

A realização da presente investigação serve para disponibilizar dados relativos à saúde mental e bem-estar dos/as adultos/as de idade avançada institucionalizados/as e comunitários/as, afetados/as pelas mudanças sociais da pandemia por COVID-19 de forma a contribuir com informações pertinentes para possíveis intervenções na área da saúde mental e prestação de serviços mais eficazes.

Neste capítulo, realiza-se a discussão dos resultados apresentados previamente, contextualizando-os com a literatura. Assim, apresentam-se os resultados apurados neste estudo e comparam-se com resultados de investigações realizadas anteriormente sobre idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as, a solidão e as estratégias de *coping*.

A solidão tem-se revelado expressiva no que concerne à sua ocorrência e crescimento, como consequência das medidas de distanciamento e isolamento social no combate à mitigação do novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19). Assim, neste contexto pandémico, estar só nem sempre é uma escolha, mas sim uma necessidade como medida de prevenção. Embora estar só não signifique necessariamente experienciar solidão, a verdade é que pode estar associado ao aparecimento da mesma (Ribeiro & Ramos, 2020). A amostra deste estudo é prova disso, mais especificamente, 34 dos/as participantes apresentaram níveis de solidão clinicamente significativos, o que representa mais de um terço da amostra. Este dado corrobora os estudos que evidenciam a solidão como uma problemática expressiva e preocupante na população idosa em contexto de pandemia por COVID-19 (Emerson, 2020; Kotwal et al., 2021; Krendl & Perry, 2021). Contudo, é de salientar que os números mais alarmantes são referentes aos/às idosos/as institucionalizados/as. Especificamente, no

presente estudo os/as participantes institucionalizados/as revelam níveis significativamente mais elevados de solidão quando comparados/as com os/as idosos/as da comunidade. Este resultado é congruente com resultados de outros estudos que evidenciaram a institucionalização como uma variável preditora negativa de maiores níveis de solidão (Barakat et al., 2019; Smith, 2007; Van der Roest et al., 2020), pois o/a adulto/a de idade avançada quando institucionalizado/a pode experienciar transformações como a perda de identidade e de autonomia na realização das atividades básicas de vida diária que, conseqüentemente, podem originar e/ou intensificar sentimentos de solidão (Cordeiro et al., 2015). Discutindo este resultado à luz da pandemia por COVID-19, a população geriátrica institucionalizada pode apresentar maiores níveis de solidão, pois foram-lhes impostas um conjunto de medidas preventivas que visam reduzir o risco de contaminação. Entre as medidas adotadas podem-se destacar a restrição do número e tempo de visitas (DGS, 2020), distanciamento social, redução do número de participantes nas atividades em grupo, redução das refeições coletivas no refeitório e utilização da máscara recomendada aquando da saída dos quartos (Tan & Seetharaman, 2021). Todas estas questões elencadas anteriormente podem estar a provocar sofrimento psicológico nesta população visto que se encontram muito mais limitadas naquilo que concerne à sua interação social.

Existem também outros fatores sociodemográficos associados a níveis mais elevados de solidão nos/as idosos/as institucionalizados/as, nomeadamente o estado civil (casados/as e união de facto), pois adultos/as de idade avançada sem parceiro/a (solteiros/as, divorciados/as e viúvos/as) podem apresentar mais sentimentos de solidão (Dahlberg et al., 2015; Theeke, 2009; Victor & Bowling, 2012; Wu et al., 2010). Segundo os resultados conseguidos, verifica-se que neste grupo (institucionalizados/as) existe um número mais elevado de idosos/as viúvos/as, quando comparados/as com os/as idosos/as da comunidade. A literatura diz-nos que existe uma associação entre viuvez e solidão. Luanaugh e Lawlor (2008) demonstram que o casamento pode revelar-se um fator protetor, sendo a ausência de uma

figura de confiança/ significativa um fator de risco para a solidão. Neste seguimento, os maiores níveis de solidão encontrados na nossa amostra no grupo de idosos/as institucionalizados podem, também, estar associados ao facto deste grupo apresentar mais viúvos/as do que o grupo da comunidade.

Existem estudos cujos resultados não são congruentes com o supramencionado, referindo que os/as adultos/as de idade avançada em Israel revelaram baixos níveis de solidão (Shrira et al., 2020). Quanto à Suécia, não foi registada nenhuma alteração no que concerne aos níveis de solidão da população idosa (Kivi et al., 2021). Contudo, importa referir que estes estudos foram apenas realizados com população geriátrica da comunidade. Desta forma, emerge a necessidade destes resultados serem considerados de forma cautelosa quando comparados com os resultados do presente estudo.

Este estudo propôs-se também a perceber se existe associação entre estratégias de *coping* e níveis de solidão em adultos/as de idade avançada durante a pandemia por COVID-19. Embora, Caver et al. (1989) reconheçam a distinção entre estratégias de *coping* focada no problema e focada na emoção, referem que o instrumento BC embora esteja relacionado com as mesmas, vai mais além e é bem mais complexo do que esses dois estilos de estratégias de *coping*.

Segundo Yeun e Fung (2007), os/as idosos/as da comunidade apresentam maior propensão de utilizarem estratégias de *coping* focadas na emoção como forma de redirecionarem pensamentos negativos para a realização de atividades como escrever, fazer tricô e ouvir música (Henderson et al., 2010). Todavia, adultos/as de idade avançada institucionalizados/as parecem evidenciar maior predisposição para a utilização de estratégias de *coping* focadas no problema, tais como “verem o lado positivo das coisas” e “lutarem pelo que querem” (Dias & Pais-Ribeiro, 2018). Ryan-Wenger (1996) sustenta que estratégias de *coping* focadas no problema são mais adaptativas e eficazes do que as focada na emoção, uma vez que permitem realizar ações para modificar a situação. Correspondem à dimensão *coping*

focado no problema as subescalas de *coping* ativo (realizar esforços para remover ou diminuir o elemento stressor (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), aceitação (aceitar que o stressor é real (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), planeamento (planear sobre a forma como enfrentar o stressor (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), suporte instrumental e emocional (conseguir suporte emocional de alguém (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), reinterpretação positiva (crescer com a situação ou vê-la de forma mais positiva (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), religião (aumento das práticas religiosas (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)) e humor (enfrentar a situação com sentido de humor (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)). Enquanto as restantes subescalas, auto-culpabilização (culpar-se e criticar-se pelo que aconteceu (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), expressão de sentimentos (aumento da consciência do stress emocional e tendência para descarregar os seus sentimentos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), negação (rejeitar que o elemento stressante está a acontecer (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), auto-distração (refugio em atividades para abstração da situação (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)), desinvestimento comportamental (desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)) e uso de substâncias (consumir álcool ou drogas como forma de desinvestir no stressor (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)) fazem parte da dimensão *coping* focado na emoção (Pais-Ribeiro & Santos, 2001; Tuncay et al., 2008).

Os resultados apurados neste estudo evidenciam o suprarreferido, demonstrando que, os/as idosos/as institucionalizados/as utilizem algumas estratégias de *coping* focadas no problema, como o *coping* ativo, a religião e a aceitação. Contudo, ao contrário do esperado, também revelam elevada utilização estratégias focadas na emoção, como a auto-distração. A utilização desta estratégia (i.e. auto-distração), concede aos/às idosos/as institucionalizados/as realizarem atividades que lhes permitem abstrair da situação. Este tipo de estratégia (i.e. auto-distração) é vista como uma forma de promover o evitamento da situação para se distanciarem do elemento causador de stress, sendo considerada uma

estratégia desadaptativa (Folkman & Lazarus, 1985). Não obstante, é possível que esse esforço para se distanciarem da situação causadora de stress possa não ocorrer de forma tão linear em todos os casos dos/as idosos/as institucionalizados/as, visto que as instituições continuam encarregues de promover atividades, embora com grupos mais reduzidos, onde os/as idosos/as são convidados/as a participarem (DGS, 2020). Neste sentido, torna-se difícil perceber em que casos é que a estratégia é utilizada como forma de evitamento. Na maioria das situações, este tipo de estratégias (i.e. auto-distração) inclui sentimentos como o evitamento e o distanciamento e são utilizadas quando os indivíduos percebem que o elemento causador de stress não pode ser eliminado e que vão ter de continuar a interagir com o mesmo (Lazarus & Folkman, 1984; Silva et al., 2020).

Quanto aos/às idosos/as comunitários/as, estes/as revelam utilizar apenas estratégias focadas no problema como a aceitação, a religião, o *coping* ativo e o planeamento. Estas estratégias de *coping* parecem permitir a estes/as idosos/as lidarem com a adversidade de forma mais positiva (Carvalho et al., 2021) e são percecionadas como adaptativas, sendo utilizadas quando o indivíduo sabe que não tem controlo sobre a situação (Fortes & Neri, 2004), como é o caso da pandemia por COVID-19. Desta forma, o/a adulto/a de idade avançada tende a organizar o seu ambiente de maneira a maximizar os efeitos positivos e a minimizar os negativos (Wathier et al., 2007). Existem autores/as que referem que quando os/as idosos/as estão perante o envelhecimento e a possibilidade de finitude de vida utilizam estratégias de *coping* favoráveis à sua saúde, nomeadamente a aceitação (Ribeiro et al., 2017), pois acreditam que tudo o que acontece tem um sentido e que podem sempre aprender algo (Mathiazén et al., 2021).

No que concerne aos/às idosos/as institucionalizados/as, verifica-se, de maneira significativa, que estratégias de *coping* como o *coping* ativo, o planeamento, a reinterpretação positiva, a aceitação e o humor encontram-se associadas à diminuição da solidão. Como já mencionado, estas estratégias são vistas como adaptativas e eficazes (Fortes & Neri, 2004).

Idosos/as institucionalizados/as parecem usar a reinterpretação positiva como forma de priorizarem pensamentos positivos, pois reconhecem que apresentam maior risco de mortalidade à COVID-19 (Fuller & Huseth-Zosel, 2021). Estes resultados evidenciam-se semelhantes aos do furacão Katrina, onde se verificou que os/as idosos/as alteravam ativamente os seus pensamentos e perspetivas de forma a promoverem emoções mais positivas (Henderson et al., 2010). Aliás, tendo em consideração os resultados conseguidos, verifica-se que a aceitação e o *coping* ativo são das estratégias mais utilizadas pelos/as idosos/as institucionalizados/as. Por outro lado, a expressão de sentimentos, a auto-distração e o desinvestimento comportamental estão positivamente relacionados com maiores níveis de solidão. Isto pode acontecer pois verifica-se a adoção de um conjunto de estratégias, por parte destes/as idosos/as, mais focadas na emoção uma vez que, estes/as tendem a afastar o elemento causador de stress através de respostas emocionais (Bertamoni et al., 2013) ou atividades que lhes permitam não estar em contacto com esse elemento causador de stress (e.g. escrever, ouvir música) (Henderson et al., 2010), contudo o problema mantém-se pois não é resolvido (Fortes & Neri, 2004), o que pode explicar a associação positiva entre o uso destas estratégias de *coping* e os níveis de solidão.

À semelhança dos/as idosos/as institucionalizados/as, também os/as idosos/as comunitários/as revelaram utilizar as mesmas estratégias de *coping* no que concerne à diminuição dos níveis de solidão (i.e., planeamento, reinterpretação positiva, aceitação e humor). Apenas não foi encontrada associação positiva com o *coping* ativo, ao contrário do grupo de idosos/as institucionalizados/as. Estes dados reforçam a importância, do planeamento, da reinterpretação positiva, da aceitação e do humor, como mecanismos de *coping* a fomentar no sentido de menores níveis de solidão quer nos/as idosos/as institucionalizados/as quer nos/as idosos/as da comunidade. Os resultados apurados revelam-se bastante interessantes pois, embora estas associações sejam semelhantes, os/as idosos/as da comunidade revelam níveis de solidão significativamente mais baixos do que os/as

idosos/as institucionalizados/as. Este resultado parece ser explicado pelo facto de, efetivamente, os/as idosos/as da comunidade usarem estas estratégias com maior frequência. Por exemplo, a aceitação e planeamento são das estratégias mais usadas por este grupo de idoso/as e em maior frequência do que os/as idosos/as institucionalizados/as. De forma diferenciadora, os/as idosos/as da comunidade, revelaram associações significativas entre maiores níveis de solidão e maior utilização de estratégias de *coping* como a religião e a auto-culpabilização. Contudo, tal como se verifica nos/as idosos/as institucionalizados/as a expressão de sentimentos é também uma estratégia de *coping* associada a maiores níveis de solidão. A razão pela qual a religião poderá estar associada negativamente com a solidão pode ter que ver com a falta de clareza relativamente à sua relação com o bem-estar psicológico (Mayordomo-Rodríguez et al. 2015), uma vez que esta depende sempre das crenças individuais de cada um/a (Park & Folkman, 1997). Ademais, Ano e Vasconcelles (2005) afirmam que o uso da religião de forma negativa pode aumentar o fardo do indivíduo que enfrenta uma situação de stress. É de notar que esta estratégia de *coping* é, coerentemente, uma das estratégias mais utilizadas pelos/as idosos/as da comunidade, mas também pelos/as idosos/as institucionalizados/as. Verifica-se que resultados deste estudo não vão de encontro aos de Fuller e Huseth-Zosel (2021), onde evidenciam que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos/as idosos/as, em tempos de pandemia por COVID-19, foram a religião e a espiritualidade, nem aos de Diehl et al. (1996) que afirmam que em situações de perda ou mudança nas quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controlo da situação, a utilização de estratégias religiosas podem ser a única forma de converter uma situação dolorosa em algo mais suportável. É de salientar que, embora a religião tenha sido uma das estratégias mais usadas pelos/as idosos/as da comunidade, estes/as manifestaram baixos níveis de solidão quando comparados com os/as idosos/as institucionalizados/as. Possivelmente, o facto dos/as idosos/as da comunidade terem usado com elevada frequência outras estratégias, como o

planeamento e aceitação, podem ter contribuído para encontrarmos menores níveis de solidão neste grupo.

Quanto à auto-culpabilização, é uma estratégia de *coping* focada na emoção onde o indivíduo afasta o problema através de respostas emocionais. Idosos/as utilizam este tipo de estratégias quando se encontram perante uma problemática, neste caso a solidão, onde tendem a evidenciar pensamentos negativos, podendo culparem-se a si ou até mesmo outrem, de forma a encararem o mundo como menos perigoso. No entanto, tende a ser uma estratégia pouco útil (Bertamoni et al., 2013) e este estudo parece validar este facto.

No que concerne à expressão de sentimentos, os resultados do presente estudo parecem ser congruentes com outros estudos que indicam esta estratégia como negativa. Por exemplo, há estudos que afirmam que a utilização deste tipo de estratégia pode provocar angústia nos indivíduos e fazer com que estes experienciem sentimentos menos positivos (Blaney et al., 1997; Fisher et al., 2003). Porém, um outro estudo (Tuncany et al., 2008) demonstrou que a expressão de sentimentos pode revelar-se uma forma eficaz de promover o bem-estar individual, pois quando o indivíduo desabafa e expressa os seus sentimentos deixa escapar os sentimentos menos positivos e desta forma sente-se mais aliviado. É possível que os/as idosos/as não expressem as suas emoções de forma adequada, ficando imersos nos sentimentos negativos. Esta reflexão aponta para a necessidade de analisar como os/as idosos/as expressam os seus sentimentos, compreendendo se esta estratégia por si só poderá ser desadaptativa no que concerne à solidão ou a forma como a estratégia é realizada pode influenciar os níveis de solidão.

Portanto, quanto às estratégias de *coping* associadas positivamente com os níveis de solidão, parecem apontar que, no caso dos/as idosos/as institucionalizados/as, devem ser evitadas o foco na auto-distração, desinvestimento comportamental e expressão de sentimentos, e no caso dos/as idosos/as da comunidade, devem ser evitadas o foco na religião, na auto-culpabilização e, semelhantemente, a expressão de sentimentos.

É de salientar que foram encontradas diferenças entre as estratégias mais usadas pelos/as idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as, bem como a relação de algumas estratégias de *coping* com os níveis de solidão, sugerindo que o contexto no qual os/as idosos/as estão inseridos/as pode influenciar o tipo de estratégias de *coping* usadas e a sua relação com a solidão.

Notar ainda que, através da realização deste estudo não foi possível perceber se as estratégias de *coping* associadas aos níveis de solidão funcionam de forma mais produtiva quando aplicadas em conjunto e devem ser fomentadas como tal, ou se aplicadas de forma individual revelariam a mesma eficácia. A avaliar pela força da correlação (fracas a moderadas), a aplicação das estratégias de *coping* em conjunto poderá ser mais eficaz do que individualmente.

5. Conclusão

Esta investigação levada a cabo em plena pandemia provocada pela COVID-19, nasceu da necessidade de analisar os níveis de solidão em idosos/as institucionalizados/as e comunitários/as durante a pandemia por COVID-19 e estratégias de *coping* associadas. A população geriátrica é frequentemente desvalorizada, homogeneizada e invisibilizada (Mazuchelli et al., 2021). A pandemia por COVID-19 veio piorar a situação dos/as idoso/as, potenciando a presença de problemas de saúde física e mental, pois encontram-se mais vulneráveis a contrair a COVID-19 e a taxa de mortalidade é mais alta nessa população (Promislow, 2020). Relativamente aos/as idosos/as institucionalizados/as, as indicações da DGS suspendem a permissão de visitas, por motivos de saúde pública, onde as instituições devem garantir os meios necessários para que os/as residentes possam comunicar com os/as seus/as familiares (DGS, 2020). Estas medidas, embora necessárias, revelaram-se dolorosas para estes/as idosos/as que se viram confinados ao seu quarto sem interação ou visitas (Gordon et al., 2020). Neste sentido, a pandemia por COVID-19 deixou a população idosa numa situação de grande vulnerabilidade e fragilidade. Este estudo valida as dificuldades

dos/as idosos/as, nomeadamente os/as idosos/as institucionalizados/as quanto aos sentimentos de solidão em tempos de pandemia.

Estes resultados sugerem algumas implicações clínicas nomeadamente, (i) importância de olhar para a solidão como um problema de saúde pública; (ii) a pertinência e importância de prevenir e tratar a população geriátrica no que concerne à problemática solidão durante a pandemia por COVID-19, principalmente nos/as idosos/as institucionalizados/as – criação de programas de prevenção e remediação nas instituições, (iii) fomentar o uso de estratégias de *coping* como o planeamento, reinterpretação positiva, aceitação e humor em ambos os grupos (institucionalizados/as e comunitários/as) e instigar o uso da estratégia *coping* ativo nos/as idosos/as da comunidade; (iv) alertar que o contexto institucional pode potenciar a utilização de determinadas estratégias de *coping*, nomeadamente as desadaptativas e (v) perceber quais as estratégias de *coping* tendo em consideração o contexto residencial do/a idoso/a, a título de exemplo, nos/as idosos/as institucionalizados/as devem ser evitadas estratégias de *coping* como a auto-distração e o desinvestimento comportamental e no caso dos/as idosos/as da comunidade a auto-culpabilização e a religião. É de notar que a expressão de sentimentos deve ser evitada em ambos os grupos (institucionalizados/as e comunitários/as).

Para a investigação, este estudo também se revela pertinente pela sua originalidade e pelo facto de estudar o impacto da solidão em adultos/as de idade avançada institucionalizados/as e comunitários/as em tempos de pandemia por COVID-19, tendo em consideração o momento histórico que estamos a viver, sendo que existem poucos estudos em Portugal a comparar os dois grupos, muito menos em tempos de pandemia por COVID-19. As limitações deste estudo centram-se na dificuldade de conseguir encontrar bibliografia sobre os dois grupos e sobre o impacto que a pandemia teve no/a adulto/a de idade avançada. Aponta-se ainda a dificuldade de encontrar bibliografia relativamente às subescalas do BC, uma vez que a grande parte dos estudos agrupa as subescalas nas dimensões estratégias de

coping focado no problema e na emoção. Uma outra limitação é o número de participantes devido à pandemia por COVID-19, uma vez que uma parte dos dados foi recolhido em tempo de confinamento, e que os Lares onde foram recolhidos os dados eram locais de estágio de alguns/algumas dos/as investigadores/as, pelo que limitou o trabalho de campo e coloca limitações na leitura e generalização dos resultados. Acrescenta-se ainda que, uma vez que foram utilizadas correlações, estas não permitem saber a direção/influência e, por isso, os resultados podem ser lidos das seguintes formas: (i) os níveis de solidão podem influenciar o tipo de estratégia utilizada ou (ii) a utilização de determinada estratégia pode estar associada a maiores níveis de solidão.

Quanto às implicações para o futuro, seria importante, a nível científico e social, aprofundar os resultados encontrados neste estudo, através de uma amostra mais representativa de forma a obter-se resultados mais confiáveis. Também seria interessante replicar o estudo com uma amostra maior e a nível nacional, bem como após a pandemia e quando as restrições terminarem, para avaliar possíveis diferenças nos sentimentos de solidão e estratégias de *coping* em adultos/as de idade avançada. Obviamente que um estudo longitudinal permitiria alcançar este objetivo com maior precisão. Seria igualmente interessante um estudo que avaliasse se a aplicação das estratégias de *coping*, associadas a menores níveis de solidão, em conjunto poderá ser mais eficaz do que individualmente. Por fim, estudos que permitam avaliar como as pessoas aplicam as estratégias de *coping*, podem ser úteis para perceber se a estratégia de *coping* é adaptativa/ desadaptativa ou é a forma como ela é usada. Por exemplo, a estratégia de *coping* “expressão de sentimentos” poderá ser útil avaliar neste sentido dada a controvérsia dos estudos quanto à sua eficácia.

Em suma, espera-se que os resultados encontrados neste estudo permitam aos/às profissionais de psicologia ampliar os seus conhecimentos nesta temática de pandemia por COVID-19 e realizar intervenções mais eficazes junto da população idosa e, desta forma, aumentar a qualidade de vida e a saúde mental dos mesmos.

Referências Bibliográficas

- Agüero-Torres, H., Strauss, E. Von, Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). *Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study*. 54, 795–801. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00371-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00371-1)
- Aldwin, C. M., & Igarashi, H. (2016). *Coping, optimal aging, and resilience in a sociocultural context*. (3^a ed). Springer Publishing Company.
- Almeida, A. J. P. S., & Rodrigues, V. M. C. P. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 16(6). <https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=281421896014>
- Andrade, A. I. N. P. A., & Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 0(40), 185-199-185-199. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>
- Anderberg, P. & Berglund, A. (2010). *Elderly persons' experiences os striving to receive care on their own terms in nursing homes*. 64-68. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01808.x>
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2(4), 264–271. <https://doi.org/10.1080/13607869856506>
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461–480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Araújo, L. F., & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice Palavras-chave. *Revista Humanidades*, 6(13), 228–236. <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/278>
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of

isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

Arroteia, J. C., & Cardoso, A. P. O. (2006). O envelhecimento da população Portuguesa: Responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9–24.

Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525–527. <https://doi.org/10.1177/0020764020922269>

Barakat, M. M., Elattar, N. F., & Zaki, H. N. (2019). Depression , Anxiety and Loneliness among Elderly Living in Geriatric Homes. *American Journal of Nursing Research*, 7(4), 400–411. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-4-1>

Bárrios, M. J. (2015). ILC-BR (2015), Active Ageing : A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution, 1st edition, International Longevity Centre Brazil, Rio de Janeiro, Brazil. *Forum Sociológico*, 26, 79–83. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1228>

Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimentos De Solidão E Depressividade Face Ao Envelhecimento – Estudo Comparativo Entre Idosos Institucionalizados E Não Institucionalizados. *Psicologia.Com.Pt – O Portal Dos Psicólogos*, 1–13. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., Kitayama, S., Mobbs, D., Napper, L. E., Packer, D. J., Pennycook, G., Peters, E., Petty, R. E., Rand, D. G., Reicher, S. D., Schnall, S., Shariff, A., Skitka, L. J., Smith, S. S., Sustein, C. R., Tabri, N., Tucker, J. A., Linden, S. V. D., Lange, P. V. W., Zion, S. R., & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471.

<https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

BBC. (2020). *Coronavirus: isolation for over-70s 'within weeks'*.

<https://www.bbc.co.uk/news/uk-51895873>

Bergman, S., Martelli, V., Monette, M., Sourial, N., Deban, M., Hamadani, F., Teasdale, D., Holcroft, C., Zakrzewski, H., & Fraser, S. (2013). Identification of quality of care deficiencies in elderly surgical patients by measuring adherence to process-based quality indicators. *Journal of the American College of Surgeons*, 217(5), 858–866.

<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.07.387>

Bernard, S. (2013). Loneliness and Social Isolation Among Older People in North Yorkshire Project commissioned by North Yorkshire Older People' s Partnership Board (Issue April). *Research Report. SPRU Working Paper, WP 2565* . Social Policy Research Unit , York. <https://eprints.whiterose.ac.uk/77335/2/lonely.pdf>

Bertamoni, T., Ebert, G., & Dornelles, V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia*, 42, 92–105. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n42/n42a09.pdf>

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>

Blaney, N. T., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: The role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health*, 12(5), 633–653. <https://doi.org/10.1080/08870449708407411>

Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest, old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 325–343. <https://doi.org/10.1177/019394599802000305>

Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541–553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1054–1085. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2007). Promovendo a saúde do idoso na comunidade. *Biblioteca Lascasas*, 3(4). <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0274.php>

Calenti, J. C. M. (2002). Inclusión Socio-Laboral y Envejecimiento en las personas con Discapacidad Intelectual. In *Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias*. <http://oz104.udc.es/librosL/pdf/InclusionSocioLaboral.pdf>

Campbell, A. D. (2020). Practical Implications of Physical Distancing, Social Isolation, and Reduced Physicality for Older Adults in Response to COVID-19. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 668–670. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1772933>

Cancela, D. M. G. (2008). O processo de envelhecimento. *Psicologia, Licenciatura*, 1–15. <https://doi.org/Ficha n°27>

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229–237. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722007000200008>

Carvalho, L. M., Costa, G. P., Feitosa, L. G. G. C., Ribeiro, I. P., Carvalho, C. M. S., Macêdo, V. S., Rodrigues, A. M. E., & Nascimento, L. O. (2021). Idosos e suas estratégias de enfrentamento em saúde mental. *Society and Development*, 10(5), 1–10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15103>

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40: 161–184. https://www.researchgate.net/publication/267379489_Adaptacao_dos_Idosos_Institucionalizados

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (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, Y., Hicks, A., & While, A. E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health & Social Care in the Community*, 22(2), 113–123. <https://doi.org/10.1111/hsc.12051>

Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347–363. <https://doi.org/10.1177/0091415017720890>

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., Qiu, Y., Wang, J., Liu, Y., Wei, Y., Xia, J., & Yu, T. (2020). Articles Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan , China : a descriptive study. *The Lancet*, 6736(20), 1–7. <https://doi.org/10.1016/S0140->

[6736\(20\)30211-7](#)

Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents : The influence of nursing home environmental stressors , coping , and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, 12(5), 536–547. <https://doi.org/10.1080/13607860802343001>

Choi, N. G., & Wodarski, J. S. (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: does social support slow down physical and functional deterioration? *Social Work Research*, 20(1), 52–63. <https://doi.org/10.1093/swr/20.1.52>

Cobo, C. M. S. (2014). A influência da institucionalização sobre a percepção da autonomia e qualidade de vida em idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(6), 1013–1019. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700008>

Connell, M., Scerbe, A., Wiley, K., Gould, B., Carter, J., Bourassa, C., Morgan, D., Jackin, K., & Warry, W. (2018). Anticipated needs and worries about maintaining independence of rural / remote older adults : Opportunities for technology development in the context of the double digital divide. *Gerontechnology*, 17(3), 126–138. <https://doi.org/10.4017/gt.2018.17.3.001.00>

Cordeiro, L. M., Paulio, J. M., Bessa, M. E. P., Borges, C. L., & Leite, S. F. P. (2015). Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 361–366. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500061>

Costa, F. N. (2017). Comparação do estado nutricional, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Dissertação de mestrado. *Botucatu, SP, Brasil: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho*. <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/148848>

Costa, M. C. N. S., & Mercadante, E. F. (2013). O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Kairós Gerontologia. Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X*, 16(1), 209–222. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i1p209-222>

Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed* 91(6), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>

Dagios, P., Vasconcellos, C., & Evangelista, D. H. R. (2015). Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em Ji-Paraná/RO. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, Porto Alegre*, 20(2), 469–484. <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41571/35451>

Dahlberg, L., Andersson, L., Mckee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden : A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>

De Koning, J. L., Stathi, A., & Richards, S. (2017). Predictors of loneliness and different types of social isolation of rural-living older adults in the United Kingdom. *Ageing and Society*, 37(10), 2012–2043. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000696>

del Barrio, E., Marsillas, S., Buffel, T., Smetcoren, A. S., & Sancho, M. (2018). From active aging to active citizenship: The role of (age) friendliness. *Social Sciences*, 7(8), 134. <https://doi.org/10.3390/socsci7080134>

Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista*

da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 5(1), 294–274.

<https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2391>

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Qualidade de vida: comparação entre os idosos na comunidade e institucionalizados. *Revista Kairós - Gerontologia*, 21(1), 37–54. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p37-54>

Dias, E. N., Paulista, U., & Pais-ribeiro, J. (2018). Estratégias de Coping de idosos institucionalizados. *REAS, Revista Eletrónica Acervo Saúde*, 10(4), 1710–1718. <https://doi.org/10.25248/REAS213>

Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.11.1.127>

Direção Geral da Saúde. (2020) *Covid-19 – Orientação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da--dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n- -0092020-de-11032020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-Saude-Pessoas-Idosas-2006.pdf>

Duarte, M. C. S., Lima, U. S. de, Albuquerque, K. F. de, Evangelista, C. B., Souto, H. C., & Patrício, A. C. F. de A. (2015). Fragility and functional status of institutionalized elderly. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2688–2696. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2688-2696>

Duca, G. F., Silva, S.G., Thumé, E., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2012). *Predictive factors for institutionalization of the elderly : a case-control study*. 46(1), 1–

6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. 91–100.

<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>

Emerson, K. G. (2020). Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 44, 1–7.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de medellín. *Biomedica*, 31(4), 492–502. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v31i4.399>

Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Vaz Patto, M. A. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 37(2), 209–222.

<https://doi.org/10.14417/ap.1549>

Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1–4.

<https://doi.org/10.1155/2013/298012>

Fisher, B. M., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2003). Assessment of coping in cognitively impaired older adults: A preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 26(3–4), 3–12.

https://doi.org/10.1300/J018v26n03_02

Flatt, T. (2012). A new definition of aging?. *Frontiers in Genetics*, 3, 148.

<https://doi.org/10.3389/fgene.2012.00148>

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Kango Kenkyu. The Japanese Journal of Nursing Research*, 21(4), 337–359. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3210434/>

Fortes, A. C. G., & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. *Campinas*, 51–70.

Freitas, P. da C. B. de. (2011). Solidão em Idosos. Percepção em Função da Rede Social. *Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais.*, 92. [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLIDÃO EM IDOSOS.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLIDÃO_EM_IDOSOS.pdf)

Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping among Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Gerontologist*, 61(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>

Gerhold, L. (2020). COVID-19: Risk perception and Coping strategies. *Interdisciplinary Security Research Group*, 1–11. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>

Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: The impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013–1019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>

Girdhar, R., Srivastava, V., & Sethi, S. (2020). Managing mental health issues among elderly during COVID-19 pandemic. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1). https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63475639/JGCR_2020_7_120200530-128369-1j7wdho-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1634238887&Signature=TMw8TphBhYIP~OlyV60IYjNrVccuIL6UgsQllWs~RCxDOcfOXD0KGaWZ3d0ZstsVLrSlmXYIDSOrFaRCUk1joA2jWjmulhIEY437ZUXa0jJ-R9thNyD0BsGE5Ge01IKr7jyNF1h6bNqOgfsNE9IyWssGKKVV9iODxuHPNIET51SecBnNUJKadUsknp5Akc3FowNiDL72E5RMFKOcqlQpFe3ARzqvPbqke6QQ-sfBdXfEOWbmBBwkCK9e4Eb8J3CfSipz~ubn7SdoB2tHv7WqGljGrlvOJkrsfXTv0M

zrV3mzmVRWX-MApVkhe08ABshhXLYHYUZm0zmJGIXPNS5g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=38

Gordon, A. L., Goodman, C., Achterberg, W., Barker, R. O., Burns, E., Hanratty, B., Martin, F. C., Meyer, J., O'Neill, D., Schols, J., & Spilsbury, K. (2020). Commentary: COVID in care homes-challenges and dilemmas in healthcare delivery. *Age and Ageing*, *49*(5), 701–705. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa113>

Gow, A. J., Pattie, A., Whiteman, M. C., Whalley, L. J., & Deary, I. J. (2007). Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, *28*(3), 103–115. <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>

Grolli, R. E., Mingoti, M. E. D., Bertollo, A. G., Luzardo, A. R., Quevedo, J., Réus, G. Z., & Ignácio, Z. M. (2021). Impact of COVID-19 in the Mental Health in Elderly: Psychological and Biological Updates. *Molecular Neurobiology*, *58*(5), 1905–1916. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>

Guarda Nacional Republicana. (2020). *Operação Censos Sénior 2020- Balanço*. https://www.gnr.pt/MVC_GNR/Recortes/Details/15479

Guimarães, L. H. C. T., Galdino, D., Martins, F. L. M., Abreu, S. R., Lima, M., & Fernandes de Melo Vitorino, D. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, *12*(3), 130–133. <https://doi.org/10.34024/rnc.2004.v12.8859>

Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *54*(1), 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.011>

Harden, K., Price, D. M., Mason, H., & Bigelow, A. (2020). COVID-19 Shines a Spotlight on the Age-Old Problem of Social Isolation. *Journal of Hospice and*

Palliative Nursing, 22(6), 435–441. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000693>

Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>

Hartt, M. (2020). COVID-19: a lonely pandemic. *Cities & Health*, 00(00), 1–3. <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1788770>

Hawkley, L., Hughes, M., Waite, L., Masi, C., Thistles, R., & Cacioppo, J. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *Journal of Gerontology*. 63(6), 375–384. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375>

Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 9, 2083–2089. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.450>

Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01>

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>

Henderson, T. L., Roberto, K. A., & Kamo, Y. (2010). Older adults' responses to Hurricane Katrina: Daily hassles and coping strategies. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 48–69. <https://doi.org/10.1177/0733464809334287>

Herron, R. V, Newall, N. E. G., Lawrence, B. C., Ramsey, D., Waddell, C. M., & Dauphinais, J. (2021). Conversations in Times of Isolation: Exploring Rural-Dwelling Older Adults' Experiences of Isolation and Loneliness during the COVID-19 Pandemic in Manitoba, Canada. *International Journal of Environmental Research and*

Public Health, 18(6), 3028. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063028>

Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Subjective loneliness--a comparison between elderly and relatives. *Nordic Journal of Nursing Research*, 12(2), 9–13. <https://doi.org/10.1177/010740839201200203>

Holwerda, T. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Stek, M. L., Van Tilburg, T. G., Visser, P. J., Schmand, B., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: Only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42(4), 843–853. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001772>

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., & Gu, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 6736(20), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging Clin Exp Res*. 17(6), 494–501. <https://doi.org/10.1007/BF03327417>

Jerez-roig, J., Leandro, D., Souza, B., Fagundes, B., Filho, D. L., Priscila, N., Oliveira, D. De, & Lima, K. C. (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11) 3367–3376. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.15562015>

Júnior, J. A. S. H., & Gomes, G. C. (2014). Revista da SBPH. *Revista Da SBPH*, 17(2), 83–105. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

[08582014000200006](https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13012)

Júnior, J. A. S. H., & Gomes, G. C. (2016). Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. *Ciências & Cognição*, 21(1), 137–154.

<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1028>

Jylha, M. (2004). Old Age and Loneliness: Cross-sectional and Longitudinal Analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 157-168.

<https://doi.org/10.1353/cja.2004.0023>

Kar, N. (2016). Care of older persons during and after disasters: meeting the challenge. *Journal of Geriatric Care and Research*, 3(1), 7–12.

https://www.academia.edu/26605886/Care_of_older_persons_during_and_after_disasters_meeting_the_challenge

Khoury, H. T. T., & Sá-Neves, A. C. (2014). Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 553–565. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13012>

Kivi, M., Hansson, I., & Bjälkebring, P. (2020). Up and about: Older adult's well-being During the COVID-19 Pandemic in a Swedish Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), 4–9. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>

Komp, K., & Johansson, S. (2016). Population ageing in a lifecourse perspective: Developing a conceptual framework. *Ageing and Society*, 36(9), 1937–1960.

<https://doi.org/10.1017/S0144686X15000756>

Kotwal, A., Claude, N. I. A., Older, D. P., Independence, A., Palliative, N., Award, H. F., Faculty, E., Newmark, R., Sciences, G. M., Scientist, M., Program, T., &

Fund, M. (2021.). Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 20–29. <https://doi.org/10.1111/jgs.16865>

Kotwal, A. A., Holt-Lunstad, J., Newmark, R. L., Cenzer, I., Smith, A. K., Covinsky, K. E., Escueta, D. P., Lee, J. M., & Perissinotto, C. M. (2021). Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 20–29. <https://doi.org/10.1111/jgs.16865>

Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place during the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), E53–E58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>

Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall Musson, E., Gray, A. M., & Leal, J. (2017). Reducing social isolation and loneliness in older people: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 7(5), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013778>

LaLazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. In: Gellman M.D., Turner J.R. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Lee, E. E., Depp, C., Palmer, B. W., Glorioso, D., Daly, R., Liu, J., Tu, X. M., Kim, H. C., Tarr, P., Yamada, Y., & Jeste, D. V. (2019). High prevalence and adverse health effects of loneliness in community-dwelling adults across the lifespan: role of wisdom as a protective factor. *International Psychogeriatrics*, 31(10), 1447–1462. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002120>

Lee-Baggley, D., DeLongis, A., Voorhoeave, P., & Greenglass, E. (2004). Coping with the threat of severe acute respiratory syndrome: Role of threat appraisals and coping responses in health behaviors. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(1), 9–

23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00131.x>

Lima, P. V., Valença, T. D. C., & Reis, L. A. (2016). Aging with functional dependence: building strategies for coping. *Rev Pesq Saúde*, 17(2), 96–101. <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6082/3668>

Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213–1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>

Lubben J., Gironde, M., Sabbath, E. Kong, J., & Johnson, C. (2015). Social isolation presents a grand challenge for social work. *American Academy of Social Work & Social Welfare*, 7, 1–21. <https://grandchallengesforsocialwork.org/wp-content/uploads/2015/12/WP7-with-cover.pdf>

Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>

Luk, J. K. H., Chiu, P. K. C., & Chu, L. W. (2009). Factors affecting institutionalization in older Hong Kong Chinese patients after recovery from acute medical illnesses. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.10.007>

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing* 39 (1), 31–38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>

Lyyra, T. M., & Heikkinen, R. L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), 147–152. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.S147>

Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia – Universidade Sénior Cotemporânea*, 7–16.

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2606/1/RTG_III_2.pdf

Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The role of religion, spiruately and/or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*, 3(2) 1–16.

<https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>

Marconcin, P., Espanha, M., Marques, A., Campos, P., Humana, F. D. M., & Lisboa, U. De. (2019). O Impacto Dos Sintomas Da Osteoartrose Nas Estratégias De Coping Em Idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 20(1), 160–169.

<http://dx.doi.org/10.15309/19psd200113>

Marôco J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed). Pero Pinheiro: ReportNumber.

Martins, C. (2011). *Manual de análises de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Psiquilíbrios edições.

Martins, M. R. L., & Mestre, M. A. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153–162. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8116>

Matlabi, H., Behtash, H. H., & Shafiei, M. (2016). Admission to a Nursing Home: Viewpoints of Institutionalized Older People about Replacement. *Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 2(1), 1–5. <http://ehj.ssu.ac.ir>

Mathiazén, T. M. S., Almeida, E. B., & Silva, T. B. L. (2021). Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do idoso no distanciamento social devido à pandemia de COVID-19. *Revista Kairós : Gerontologia*, 24(0), 237–258.

<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i0p237-258>

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>

Mazuchelli, L. P., Francisca, M., Soares, D. P., Noronha, D. O., Vinicius, M., & Oliveira, B. (2021). Discursos sobre os idosos , desigualdade social e os efeitos das medidas de distanciamento. *Saúde e Sociedade* 30(3), 1–12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200885>

McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion’s Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping With the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812–821. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.4.812>

Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre o envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêmica*, 11(3), 439–453. <https://doi.org/10.12957/polemica.2012.3734>

Melo, S., Guedes, J. & Ribeiro, O. Combater o isolamento dos idosos em tempos de pandemia. In Machado, I. & Melo, S. *Cadernos da Pandemia* (Vol 4). Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras. p. 32–41. https://www.researchgate.net/publication/343449079_Combater_o_isolamento_dos_idosos_em_tempos_de_pandemia

Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Nowicki, S. (2019). Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS ONE*, 14(2), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211143>

Menezes, R. L. de, Bachion, M. M., Souza, J. T. de, & Nakatani, A. Y. K. (2011). Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 485–496. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232011000300009>

Mishna, F., Milne, E., Bogo, M., & Pereira, L. F. (2020). Responding to COVID

- 19: New Trends in Social Workers' Use of Information and Communication Technology. *Clinical Social Work Journal*, 0123456789.

<https://doi.org/10.1007/s10615-020-00780-x>

Mohammadzadeh, F., Noghabi, A. D., Khosravan, S., Bazeli, J., Armanmehr, V., & Paykani, T. (2020). Anxiety severity levels and coping strategies during the COVID-19 pandemic among people aged 15 years and above in Gonabad, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 23(9), 633–638. <https://doi.org/10.34172/aim.2020.76>

Murthy, V. (2017). Connecting At Work: We are more connected than ever, but loneliness is epidemic. *Harvard Business Review*. <https://hsc.unm.edu/school-of-medicine/education/assets/doc/wellness/murthy-loneliness.pdf>

Nestola, T., Orlandini, L., Beard, J. R., & Cesari, M. (2020). COVID-19 and Intrinsic Capacity. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(7), 692–695. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1397-1>

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>

Neupert, S. D., Neubauer, A. B., Scott, S. B., Hyun, J., & Sliwinski, M. J. (2019). Back to the Future: Examining Age Differences in Processes before Stressor Exposure. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(1), 1–6. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby074>

Newman, M. G., & Zainal, N. H. (2020). The value of maintaining social connections for mental health in older people. *The Lancet Public Health*, 5(1), e12–e13. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30253-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30253-1)

Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 33(2–3), 137–

152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>

Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women - A five-year follow-up study. *Aging and Mental Health*, 18(2), 194–206.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.821457>

Nogueira, M. F., Lima, A. A., Trigueiro, J. V. S., Torquato, I. M. B., Henriques, M. E. R. M., & Alves, M. S. C. F. (2016). Comparando a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 24(5),

01–06. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.28185>

Nunes, V. M. A., Menezes, R. M. P., & Alchieri, J. C. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal , Estado do Rio Grande do Norte. *Health Science*, 32(2), 119–126.

<https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479>

Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. (2ª ed). Livpsic.

Oliveira, E. R. A., Gomes, M. J., & Paiva, K. M. (2011). Institucionalização e qualidade de vida de idosos na região metropolitana de Vitória, ES. *Escola Anna Nery*, 15(3), 518–523. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300011>

Oliveira, V. V. de, Oliveira, L. V. de, Rocha, M. R., Leite, I. A., Lisboa, R. S., & Andrade, K. C. L. de. (2021). Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19 / Impacts of social isolation on the mental health of the elderly during the pandemic by Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3718–3727. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-294>

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE [Some questions about coping: The study of the Portuguese adaptation of Brief COPE]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3–15. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a01.pdf>

Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2012). Estudo conservador de adaptação do Ways

of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 19(4), 491–502. <https://doi.org/10.14417/ap.379>

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>

Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221–232. <https://doi.org/10.1080/13548500500262945>

Paúl, C., & FONSENCA, A. (2005). Envelhecer em Portugal. *Climepsi Editores*.

Pavan, F. J., Meneghel, S. N., & Junges, J. R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização TT - Elderly women dealing with institutionalization. *Cad. Saúde Pública*, 24(9), 2187–2189. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&

Pereira, F. (2012). Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos. Viseu. *Psicossoma*. ISBN 978-972-8994-34-1

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Basic and Applied Social Psychology Influences on Loneliness in Older Adults : A Meta- Analysis Influences on Loneliness in Older Adults : A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age-a-meta-analysis. In S. P. Shohov, *Advances in psychology research*, 9, 111-143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087>

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-loneliness para idosos portugueses. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades*, 18, 65–77. <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/304>

Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um Construto Complexo. *Interações*, 32, 53–66. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/399/415>

Promislow, D. E. L. (2020). A geroscience perspective on COVID-19 mortality. *The Journal of Gerontology*, 75(9), 30–33. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa094>

Radwan, E., Radwan, A., & Radwan, W. (2020). Challenges Facing Older Adults during the COVID-19 Outbreak. *European Journal of Environment and Public Health*, 5(1), em0059. <https://doi.org/10.29333/ejeph/8457>

Raony, Í., de Figueiredo, C. S., Pandolfo, P., Giestal-de-Araujo, E., Oliveira-Silva Bomfim, P., & Savino, W. (2020). Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Frontiers in Immunology*, 11(May), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01170>

Rebouças, M., & Pereira, M. G. (2008). Indicadores de saúde para idosos: Comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 23(4), 237–246. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000400003>

Ribeiro, M. S., Borges, M. S., Araújo, T. C. C. F., & Souza, M. C. S. (2017). Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: na integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 869–877. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083>

Ribeiro, S. C., & Ramos, J. B. S. (2020). Elderly person loneliness in pandemic times. *Research, Society and Development*, 9(10), e3999108786. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8786>

Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS ONE*, 12(7), 1–

18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181442>

Robinson, T. N., Wallace, J. I., Wu, D. S., Wiktor, A., Pointer, L. F., Pfister, S. M., Sharp, T. J., Buckley, M. J., & Moss, M. (2011). Accumulated frailty characteristics predict postoperative discharge institutionalization in the geriatric patient. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(1), 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.056>

Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - A population-based study. *Gerontology*, 52(3), 181–187. <https://doi.org/10.1159/000091828>

Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Ryan-Wenger (1996). Children, Coping, and the Stress of Illness: A synthesis of the research. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 1(3), 126–138. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.1996.tb00015.x>

Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

Satuf, C. V. V., & Bernardo, N. S. C. O. (2015). Percepção do Suporte Social a Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. *Mudanças - Psicologia Da Saúde*,

23(1), 11–19. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v23n1p11-19>

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

Scharf, T., & Jong Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: An Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Ageing*, 5(2), 103–115. <https://doi.org/10.1007/s10433-008-0080-x>

Schirda, B., Valentine, T. R., Aldao, A., & Prakash, R. S. (2016). Age-Related Differences in Emotion Regulation Strategies: Examining the Role of Contextual Factors. *Developmental Psychology* 52(9), 1370–1380. <https://doi.org/10.1037/dev0000194>

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2008000400013>

Scorsolini-Comin, F., Rossato, L., Cunha, V. F., Correia-Zanini, M. R. G., & Pillon, S. C. (2020). A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3723>

Seifert A. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Perception of Aging Among Older Adults. *Gerontology & geriatric medicine*, 7, 2333721421999320. <https://doi.org/10.1177/2333721421999320>

Sepulveda Loyola, 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>

Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English longitudinal study of ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75(2), 161–170.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827f09cd>

Shenk, D., Ramos, B., Kalaw, K., & Tufan, I. (2009). History, memory, and disasters among older adults: A life course perspective. *Traumatology*, 15(4), 35–43.

<https://doi.org/10.1177/1534765609359729>

Shrira, A., Hoffman, Y., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19-Related Loneliness and Psychiatric Symptoms Among Older Adults: The Buffering Role of Subjective Age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1200–1204.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.018>

Shing, E. Z., Jayawickreme, E., & Waugh, C. E. (2016). Contextual positive coping as a factor contributing to resilience after disasters. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1287–1306. <https://doi.org/10.1002/jclp.22327>

Silva, O., Caldeira, S. N., Sousa, Á., & Mendes, M. (2020). Estratégias de coping e resiliência em estudantes do Ensino Superior. *Revista E-Psi*, 9(1), 118–136.

<http://www.revistaepsi.com>

Simonetti, A. B., Acrani, G. O., Amaral, C. P. do, Simon, T. T., Stobbe, J. C., & Lindemann, I. L. (2021). O que a população sabe sobre SARS-CoV-2/COVID-19: prevalência e fatores associados / What the population knows about SARS-CoV-2/COVID-19: prevalence and associated factors. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 255–271. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-022>

Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18, 51–55. <http://dx.doi.org/10.4103/0972-6748.57861>

Smith, H. M. (2007). Psychological service needs of older women.

Psychological Services, 4(4), 277–286. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.4.4.277>

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364–371. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000300016>

Souza, F. J. M., Sousa, C. M. S., Sousa, A. A. S., Gurgel, L. C., Marques, C. L. S., Alves, J. B., Herculano, M. A. F. C., Brito, E. A. S., Santana, W. J., & Luz, D. C. R. P. (2020). Percepção dos idosos institucionalizados acerca da qualidade de vida. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(7), e3310. <https://doi.org/10.25248/reas.e3310.2020>

Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Büla, C. J., Hohmann, C., & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 48(4), 445–469. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0)

Talarico, J. N. de S., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. C. (2009). Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(4), 803–809. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342009000400010>

Tan, L. F., & Seetharaman, S. K. (2021). COVID-19 outbreak in nursing homes in Singapore. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 54(1), 123–124. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.04.018>

Teeri, S., Leino-kilpi, H., & Valimaki, M. (2006). Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing ethics*, 13(2), 116–129. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne830oa>

Tijhuis, M. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen elderly study. *Age and Ageing*, 28(5), 491–495. <https://doi.org/10.1093/ageing/28.5.491>

Theeke, L. A. (2009). Predictors of Loneliness in U.S. Adults Over Age Sixty-Five. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(5), 387–396.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>

Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320.
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>

Tsai, A. C., & Lai, T. (2011). Predicting the need of formal care in Taiwan : Analysis of a national random sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), 298–302. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.12.003>

Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalis, E., Spandidos, D., Tsiptsios, D., & Triantafyllis, A. (2020). [Comment] COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 3451–3453.
<https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>

Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-79>

Twigg, J. (1997). Deconstructing the “social bath”: Help with bathing at home for older and disabled people. *Journal of Social Policy*, 26(2), 211–232.
<https://doi.org/10.1017/S0047279497004960>

Usher, K., Durkin, J., & Bhullar, N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 315–318.
<https://doi.org/10.1111/inm.12726>

Vanderweele, T. J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2011). A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials

and clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 225–235.

<https://doi.org/10.1037/a0022610>

Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., van Tilburg, T. G., & Vries, D. H. (2020). The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11) 1569–1570.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>

van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2020). Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, XX(Xx), 1–7.

<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>

Velho, F. D., & Herédia, V. B. M. (2020). Quarantined senior citizens and the impact of technology on their life. *Revista Rosa Dos Ventos - Turismo e Hospitalidade*, 12(Especial), 1–14. <https://doi.org/10.18226/21789061.v12i3a10>

Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(3), 357–375. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>

Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(1–2), 85–104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T., & Shorek, A. (2005). A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: The cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Social Science and Medicine*, *60*(8), 1705–1715. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.023>

Wan Mohd Azam, W. M. Y., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Ibrahim, N., Said, Z., Ghazali, A. R., Shahar, S., Razali, R., & Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry*, *5*(SUPPL. 1), 134–139. <https://doi.org/10.1111/appy.12061>

Wang, C., Horby, P., Hayden, F., & Gao, G. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet* *395*(10223), 470–473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)

Wathier, J. L., Wilhelm, F., Giacomoni, C. H., & Dell’Aglia, D. D. (2007). Eventos de Vida e Estratégias de Coping de Idosos Socialmente Ativos. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, *12*, 35–52. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4978>

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, *27*(2), 1–4. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Steven, E., Schneider, J. A. Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Benett, D. A. (2007). Loneliness and risk of alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*(2), 234–240. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>

- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Wu, Z. Q., Sun, L., Sun, Y. H., Zhang, X. J., Tao, F. B., & Cui, G. H. (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging and Mental Health*, *14*(1), 108–112. <https://doi.org/10.1080/13607860903228796>
- 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>
- Yeh, S. C. J. ennife., & Liu, Y. Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Services Research*, *3*(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-3-9>
- Yeh, S. C. J., & Lo, S. K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, *32*(2), 129–138. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.2.129>
- Yeung, D. Y. L., & Fung, H. H. (2007). Age differences in coping and emotional responses toward SARS: A longitudinal study of Hong Kong Chinese. *Aging and Mental Health*, *11*(5), 579–587. <https://doi.org/10.1080/13607860601086355>
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice- Aspetos Biopsicossociais*. São Paulo, Artmed.

Anexos

Anexo 1- Modelo de consentimento informado

Integrados no estudo

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: Lar Santo António – Associação Obras Sociais S. Vicente de Paulo, Centro Social Paroquial Imaculado Coração de Maria e Quintinha da Conceição Sousa & Silva, Lda. 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-R), 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 lembrar-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 - Castelo 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, Ana Rita Monteiro Oliveira Durães e Maria João Oliveira Costa
(Alunos/as do Mestrado de Psicologia Clínica do Instituto Universitário da Maia – ISMAI)

Assinatura/s:

Assinatura do/a investigador/a:

Assinatura da investigadora responsável:

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

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 uso exclusivo dos dados recolhidos para fins de investigação científica, bem como o direito de requerer e consultar uma síntese dos resultados globais, através de um documento realizado especificamente para esse fim, no final do projeto.

Foi-me explicado o método de proteção de dados.

Fui ainda informado/a do prazo de conservação dos dados recolhidos.

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 forneco, 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 – Instrumentos de recolha de dados

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 1º ciclo (atual 4º ano/ antiga instrução primária/ 4ª Classe) []

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

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

Ensino secundário (atual 12º ano/ antigo 7ª 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 pergunta 7 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 []

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho et al. (2010)

1- Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2- Sente que não tem alguém com quem falar				
3- Sente que tem falta de companhia				
4- Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse				
5- Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
6- Não se sente íntimo de qualquer pessoa				
7- Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses				
8- Sente-se abandonado				
9- Sente-se completamente só				
10- É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
11- As suas relações sociais são superficiais				

12- Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
13- Sente-se isolado das outras pessoas				
14- Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
15- É-lhe difícil fazer amigos				
16- Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas				

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Documento Transversal

Data da Avaliação: ____/____/____

Pontuação obtida: _____

Avaliador: _____

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Sente-se satisfeito com a sua vida? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Teve de abandonar muitas das suas actividades? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Acha que a sua vida é vazia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Aborrece-se muitas vezes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Está alegre a maior parte das vezes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6. Tem medo de que lhe aconteça algo de mau? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 7. Sente-se feliz a maior parte das vezes? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 8. Sente-se frequentemente sem auxílio? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 9. Prefere ficar em casa a sair para a rua e fazer coisas novas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 11. Acha que é bom estar vivo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 12. Acha que a sua vida, como está agora, já não tem valor? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 13. Acha-se cheio de energia? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 14. Acha que a sua situação não tem remédio? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 15. Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que você? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Resultado final:

0-5 Não deprimidos

6-10 Depressão moderada

11-15 Depressão grave

Atribuir 1 ponto às respostas em **negrito** e 0 pontos às respostas sem **negrito**

– IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006) –

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente atualmente em relação a uma situação em concreto.

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1	2	3	4
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

COPE

Versão Original: Carver, Scheir, & Wentraub, 1989. Versão Portuguesa: Pais-Ribeiro, & Rodrigues, 2004.

Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que faz par lidar com os problemas. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de mododiferente, mas estamos interessados no modo como você tenta lidar com os seus problemas. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Queremos saber *em que extensão* faz aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base noque lhe parece ter sido *eficaz* ou não – mas se faz ou não faz isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, clarificar cada item separadamente dos outros. Responda como é PARA SI com o máximo de verdade.

	0 – Nunca faço isto	1 – Faço isto por vezes	2 – Em média é isto que faço	3 – Faço quase sempre isto
1 – Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação				
2 – Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3 – Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4 – Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5 – Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6 – Simplesmente desisto de tentar com isto				
7 – Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8 – Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9 – Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10 – Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11 – Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				

12 – Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
--	--	--	--	--

13 – Faço críticas a mim próprio				
14 – Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15 – Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16 - Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18 - Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19 - Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20 -Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21 - Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22 - Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23 - Peço conselhos e ajuda a pessoa que passaram pelo mesmo				
24 - Tento aprender a viver com a situação				
25 - Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a sua situação				
26 - Culpo-me pelo que está a acontecer				
27 - Rezo ou medito				
28 - Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1),3-15

Anexo 3 – Documento de solicitação às instituições para implementação de estudo



Solicitação de autorização para implementação de estudo

No âmbito do de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Instituto Universitário da Maia (ISMAI), pretende-se desenvolver um estudo cujos objetivos são: 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 empregues pelos mesmos/as. Este estudo está a ser coordenado pela Professora Doutora Marlene Sousa e Professora Doutora Eunice Barbosa.

A literatura mostra-nos que o envelhecimento requer imensos cuidados, quer ao nível físico como psicológico, devido às alterações hormonais, psicossociais e culturais existentes nesta etapa da vida (Oliveira et al., 2016). No que concerne a problemáticas psicológicas, os adultos de idade avançada são um grupo particularmente vulnerável a desenvolver sentimentos de solidão, como consequência da diminuição das atividades sociais, perda de autonomia e entrada na reforma (Pocinho & Macedo, 2017), que quando agravados, podem levar à depressão (Melo et al., 2020).

Com o surgimento da pandemia por Covid-19, o Governo adotou como medidas o isolamento e o distanciamento social, como forma de mitigar a propagação do vírus (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). O isolamento, apesar de ser uma medida protetora (Radwan et al., 2020), pode apresentar um impacto negativo na saúde mental dados idosos durante a pandemia (Raony et al., 2020) nomeadamente ao nível da ansiedade e depressão (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Além disso, o distanciamento social, pode gerar sentimentos de angústia, medo, incerteza (OPAS/OMS, 2020). Todos estes fatores podem provocar um aumento dos níveis de stress, resultando em alterações neurobiológicas (Nemeroff, 2004), que se podem traduzir na ocorrência de Perturbação de Stress Pós-

Traumático (PSPT) (Santos & Anjos, 2020). Não obstante, fatores protetores poderão mitigar os efeitos deste evento adverso de larga escala no estado emocional dos/as idosos/as. De facto, sendo o coping um mecanismo de proteção da saúde física e mental dos indivíduos (Yancura & Aldwin, 2008), é do interesse da investigação e da prática

clínica perceber as estratégias de coping utilizadas pelos/as idosos/as que se revelam produtivas e não produtivas, de forma a instigar estratégias eficazes para lidar com estas problemáticas. Contudo, ainda não está claro quais as estratégias de coping mais eficazes na proteção da solidão, depressão e stress pós-traumático em idosos/as em tempos de pandemia.

Assim, com o objetivo de colmatar as lacunas na literatura, pretende-se desenvolver um estudo que avalie os níveis de solidão, depressão e stress pós-traumático em idosos/as durante a pandemia por COVID-19, explorando a sua relação com as estratégias de coping empregues pelos mesmos/as.

Participarão no estudo idosos/as com idade igual ou superior a 65 anos de idade. O protocolo de avaliação inclui diferentes instrumentos: Escala do Impacto do Evento (IES-R) permite avaliar a existência de sintomatologia referente à Perturbação de Stress Pós-Traumático; Brief Cope (BC) possibilita aferir quais as estratégias de coping utilizadas; Escala de Solidão (UCLA) que verifica a existência de sentimentos de solidão; e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) avalia a presença de sintomatologia depressiva e o questionário sociodemográfico.

Antes de iniciar a sua participação no estudo, este será explicado detalhadamente de forma individual, bem como será fornecido um consentimento informado para que o/a participante o assine depois de o ler. A sua participação será, por conseguinte, voluntária, informada e com a possibilidade de desistir a qualquer momento.

Salvaguarda-se o cumprimento de todos os princípios éticos identificados no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses e no Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, o que garante a confidencialidade, anonimato e proteção dos dados dos/as participantes. Sublinha-se que este estudo não acarreta quaisquer riscos físicos e emocionais acrescidos aos/às participantes.

O estudo vai ser avaliado pela Comissão de Ética do ISMAI, pelo que se aguarda a autorização para implementação do estudo na instituição Quintinha da Conceição Sousa & Silva Lda. para anexar ao respetivo pedido de apreciação.

Caso a instituição tenha interesse, o parecer da Comissão de ética do ISMAI e os resultados gerais do estudo poderão ser disponibilizados.

Maia, 15 de março de 2021

Discente de Dissertação de Mestrado:

(Maria João Oliveira Costa)

Orientadora de Dissertação de Mestrado:

(Professora Doutora Marlene Sousa)

Coorientadora de Dissertação de Mestrado

(Professora Doutora Eunice Barbosa)

Gerência Quintinha da Conceição Sousa & Silva Lda

(Doutora Conceição Silva)
