

Maria Alves Moura

COVID-19 em Portugal: Saúde mental, solidão e resiliência em idosos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

Maria Alves Moura

COVID-19 em Portugal: Saúde mental, solidão e resiliência em idosos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

Maria Alves Moura

**COVID-19 num cenário português: implicações na saúde mental,
solidão e resiliência em idosos**



Maria Alves Moura

Dissertação de Mestrado apresentada
à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde, sob
orientação da Professora Doutora
Rute Meneses.

Resumo

A saúde mental é fundamental para bem envelhecer, podendo ser influenciada por fatores como a solidão e resiliência, como também por eventos stressantes, nomeadamente a pandemia COVID-19. Assim, com o objetivo de caracterizar a saúde mental, solidão e resiliência de idosos a viver em Portugal e, entender a relação entre estas e o impacto percebido da pandemia COVID-19, foram desenvolvidos três estudos.

Tendo em consideração os objetivos propostos, a presente dissertação encontra-se organizada ao longo de três capítulos/artigos científicos: uma revisão sistemática da literatura sobre a avaliação da saúde mental, solidão e resiliência e a relação entre estas variáveis; um estudo empírico que visou a caracterização da saúde mental e solidão numa amostra de idosos no âmbito da COVID-19, averiguando o impacto percebido da pandemia e a relação entre elas; o último capítulo, apesar de ter a mesma organização do segundo, tem como diferença o enfoque nas variáveis saúde mental e resiliência.

A revisão sistemática da literatura comportou 13 artigos, onde os instrumentos de avaliação mais frequentes foram o PHQ-9, a Escala de Solidão da UCLA e a Connor-Davidson Resilience Scale. Por seu turno, a análise dos resultados obtidos, permitiu entender que de um modo geral, uma solidão mais elevada leva a um impacto negativo na saúde mental dos sujeitos, onde, por outro lado, quanto mais elevados os valores de resiliência, melhor será a saúde mental. Porventura, a relação entre as três variáveis denotasse como limitada e pouco visível ao longo da revisão sistemática.

Os estudos empíricos contaram com a participação de 203 idosos com residência em Portugal, com idades compreendidas entre 60 e 100 anos, que responderam a um Questionário Sociodemográfico e Clínico, ao Mental Health Inventory-5, à Escala de Solidão da UCLA, à Escala Breve de Coping Resiliente e a itens acerca da relação percebida entre a COVID-19 e: a saúde mental, a solidão e a resiliência, em contexto presencial e mediante divulgação do protocolo nas redes sociais.

Os resultados revelaram que a amostra apresentava, a nível global, uma saúde mental positiva, com valores médios e sem a presença de problemas de saúde mental, a par de níveis baixos de solidão e níveis médios de resiliência. Quanto à influência percebida da pandemia nestas variáveis, de um modo geral, estas permaneceram de igual modo, ou seja, esta não deteve grande influência. No entanto, quando é analisado o impacto percebido do isolamento, os idosos demonstraram valores de saúde mental

inferiores, valores médios de solidão mais elevados e valores de resiliência mais baixo, em comparação com os que não estiveram em isolamento. Por outro lado, o contacto com os familiares ou amigos durante o isolamento, estão associados a valores de saúde mental ligeiramente mais elevados, valores médios de solidão mais baixos e valores de resiliência mais elevados. A respeito da relação entre as variáveis, valores mais elevados de solidão estão associados a valores mais baixos de saúde mental, enquanto valores mais elevados de resiliência estão associados a valores mais elevados de saúde mental. Por seu turno, tanto a solidão como a resiliência atuaram como preditores de saúde mental na presente amostra.

Assim, os três estudos desenvolvidos configuram-se como contributos relevantes para uma melhor compreensão e, em última análise, promoção da saúde mental e da resiliência e prevenção da solidão de idosos portugueses no âmbito da pandemia COVID-19.

Palavras-chave: Saúde mental; solidão; resiliência; idosos; COVID-19.

Abstract

Mental health is essential for aging well, and can be influenced by factors such as loneliness and resilience, as well as stressful events, namely the COVID-19 pandemic. Thus, with the aim of characterizing the mental health, loneliness and resilience of the elderly living in Portugal and understanding the relationship between these and the perceived impact of the COVID-19 pandemic, three studies were developed.

Taking into account the proposed objectives, this dissertation is organized in three chapters/scientific articles: a systematic review of the literature on the assessment of mental health, loneliness and resilience and the relationship between these variables; an empirical study aimed at characterizing mental health and loneliness in a sample of elderly people in the context of COVID-19, investigating the perceived impact of the pandemic and the relationship between them; the last chapter, despite having the same organization as the second, has as a difference the focus on the variables mental health and resilience.

The systematic review of the literature comprised 13 articles, where the most frequent assessment instruments were the PHQ-9, the UCLA Loneliness Scale and the Connor-Davidson Resilience Scale. In turn, the analysis of the results obtained allowed

us to understand that, in general, a higher loneliness leads to a negative impact on the mental health of the subjects, where, on the other hand, the higher the resilience values, the better the mental health. Perhaps, the relationship between the three variables was denoted as limited and not very visible throughout the systematic review.

The empirical studies had the participation of 203 elderly people residing in Portugal, aged between 60 and 100 years, who answered a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Mental Health Inventory-5, the UCLA Loneliness Scale, the Brief Scale of Resilient Coping and items about the perceived relationship between COVID-19 and: mental health, loneliness and resilience, in a face-to-face context and through the dissemination of the protocol on social networks.

The results revealed that the sample had on a global level, a positive mental health, with average values and without the presence of mental health problems, along with low levels of loneliness and average levels of resilience. As for the perceived influence of the pandemic on these variables, in general, they remained the same, that is, it did not have much influence. However, when analyzing the perceived impact of isolation, older adults demonstrated lower mental health scores, higher mean loneliness scores and lower resilience scores, compared to those who had not been in isolation. On the other hand, contact with family or friends during isolation is associated with slightly higher mental health scores, lower mean loneliness scores and higher resilience scores. Regarding the relationship between the variables, higher values of loneliness are associated with lower values of mental health, while higher values of resilience are associated with higher values of mental health. In turn, both loneliness and resilience acted as predictors of mental health in the present sample.

Thus, the three studies developed are a relevant contributions to a better understanding and, ultimately, promotion of mental health and resilience and prevention of loneliness of Portuguese elderly people in the context of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Mental health; loneliness; resilience; older people; COVID-19.

Dedicatórias

Em memória dos meus avós Maria Luísa, Maria do Carmo, Evaristo e Álvaro, que
mesmo lá em cima, não deixam de brilhar junto a mim.

Nos vossos olhos sempre encontrei o amor que precisei!

Agradecimentos

Existem inúmeras coisas pelas quais devemos estar gratos na vida... viver, amar, sorrir..., mas entre elas, a oportunidade de conseguirmos alcançar os nossos sonhos, é única e insubstituível.

Agradeço primeiramente aos meus pais, Pedro e Lourdes, por nunca me terem cortado as asas para ir ao alcance dos meus objetivos, apoiando todas as minhas decisões, ainda pudesse ter errado em algumas delas. Devo-vos a minha vida e todas as minhas conquistas, pois tornaram-me na mulher que sou hoje. Espero um dia poder retribuir tudo aquilo que fizeram por mim. Amo-vos mais que tudo!

Agradeço ao meu namorado, José, por estar sempre a meu lado, motivando-me e dando-me forças, mesmo nos momentos em que quase deixei de acreditar. És a minha outra metade e mostras-me todos os dias que ainda existe amor de verdade. Estava escrito nas estrelas ter-te encontrado, a nossa história ainda só agora começou. Amo-te até o fim!

Agradeço à minha madrinha, Olga, pelo amor e carinho que sempre me deu, acreditando como ninguém no meu potencial. És e serás eternamente, uma parte essencial da minha vida, ensinando-me que a felicidade por vezes, reside nas coisas mais pequenas e simples. Obrigada por todos os desabafos e pela força que me dás, és uma segunda mãe para mim.

O meu obrigado à minha restante família, irmão, tios/as, primos/as, madrinha do batismo e padrinho, que não menos importantes, sempre se demonstraram disponíveis para tudo aquilo que necessitasse. Sou tão grata pela família linda que tenho, amo cada um de vós com todo o meu coração. Agradeço-vos por estarem sempre presentes de uma forma ou de outra e por tudo aquilo que me ensinaram.

Agradeço à minha melhor amiga, Leonor, que mesmo ocupada nas suas obrigações, sempre tirou um tempo para me ouvir. És a minha confidente, amiga de todas as horas e tens o dom incrível de me chamar sempre à razão, quando me perco entre as emoções. Obrigada por todos os conselhos e acima de tudo, por seres a amiga que és. Adoro-te e sinto a tua falta todos os dias!

Agradeço igualmente ao meu grande amigo Rodrigo, que nunca hesitou em ajudar-me quando mais precisei, mesmo que isso significasse deixar de lado os seus deveres. És

um ser humano incrível e acredito que o mundo seja um lugar tão redutor, para a pessoa fantástica que és.

Agradeço à minha sogra, cunhada e cunhados, que sempre me receberam de braços abertos e me amaram como uma de vós. Obrigada por confiarem nas minhas capacidades e por me incluírem no vosso seio familiar. Agradeço também ao meu sogro, que antes da sua partida, se mostrou tão orgulhoso por ter uma futura psicóloga na família, darei o meu melhor para honrar a sua memória junto do seu filho!

Agradeço também às minhas colegas e grandes amigas, Inês e Catarina, por me terem acolhido numa cidade tão grande e por me terem orientado, quando por vezes parecia perdida. Em poucos meses criamos uma amizade tão forte e tão sincera, que supera os quilómetros de distância que nos separam. Obrigada por existirem!

Agradeço a todas as minhas amigas e amigos, pela paciência e compreensão que tiveram comigo durante esta etapa. Apesar de muitas vezes recusar saídas e/ou convívios, perceberam sempre que era por um bem maior e nem uma única vez, deixaram-me de parte. Todos vocês têm uma marca na minha vida, teremos ainda muitos mais momentos para partilhar juntos. Obrigada por serem quem são... os melhores!

Agradeço aos meus animais de estimação, que já cá não estão ou que ainda residem junto a mim, Balú, Martim, Sebastião, Clara e Alvim, pela vossa passagem na minha vida e por me mostrarem que o amor também pode ter 4 patas. São como irmãos para mim e estão sempre junto ao lugar mais especial que tenho, o meu coração!

Agradeço ao Doutor Eduardo Borges e Beatriz Barbosa, pela vossa preciosa ajuda nesta etapa e pelo interesse que demonstram em conhecer mais deste projeto. Foi graças a vocês que consegui atingir a meta à qual me tinha proposto! Um obrigada não chega para agradecer aquilo que fizeram por mim.

Agradeço à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Rute Meneses, pela prontidão que sempre revelou, em auxiliar-me no que necessitava e por acreditar no sucesso desta investigação. Sou-lhe grata por todos os conhecimentos que me transmitiu e pelo acompanhamento dignificante que prestou. O meu mais sincero obrigada pela sua confiança, compreensão e empatia!

Por fim, agradeço a todos os idosos/as que colaboraram neste projeto e que compartilharam comigo as suas emoções, sentimentos e pensamentos. Sou tão mais rica por tudo o que me transmitiram. Desejo-vos toda a saúde do mundo e que nunca vos falte amor!

Índice Geral

Resumo	v
Dedicatórias	viii
Agradecimentos	ix
Índice de Tabelas	xv
Índice de Figuras	xvii
Introdução	2
Capítulo I-Saúde mental, solidão e resiliência de idosos durante a pandemia:	
Revisão sistemática	6
Introdução	7
Método	11
Critérios de Elegibilidade	11
Fontes de Informação	11
Estratégia de Pesquisa	12
Processo de Seleção	14
Processo de Recolha de Dados	15
Dados dos Itens	15
Resultados	15
Seleção dos Estudos	15
Características dos Estudos	17
Discussão	32
Conclusão	37
Capítulo II-Saúde Mental e Solidão de Idosos durante a Pandemia COVID-19 em Portugal	40
Resumo:	40
Introdução	42
1.Caracterização da Saúde Mental	42

2. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental	45
3. Caracterização da Solidão	48
4. Impacto da COVID-19 na Solidão	50
1. Relação entre Solidão e Saúde Mental	51
Método	55
Desenho da Investigação	55
Participantes	55
Material	58
Procedimentos	62
Resultados	64
1. Caracterização da Saúde Mental	64
2. Impacto (percebido) da COVID-19 na Saúde Mental	65
3. Caracterização da solidão	66
5. Relação entre Solidão e Saúde Mental	68
Discussão	69
Conclusão	72
Capítulo III-Saúde Mental e Resiliência de Idosos durante a Pandemia COVID-10 em Portugal	75
Resumo:	75
Introdução	77
1. Caracterização de Saúde Mental	77
2. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental	79
3. Caracterização da Resiliência	81
4. Impacto da COVID-19 na Resiliência	84
5. Relação entre Saúde Mental e Resiliência	87
Método	89
Desenho da Investigação	89

Participantes	90
Material	90
Procedimento	92
Resultados	93
1. Caracterização da Saúde Mental	93
2. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental	95
3. Caracterização da Resiliência	95
4. Impacto (percebido) da COVID-19 na Resiliência	96
4.1. Resiliência, Isolamento e Contacto com Familiares ou Amigos durante o Isolamento	97
5. Relação entre Saúde Mental e Resiliência	97
Discussão	98
Conclusão	103
Conclusão	108
Referências Bibliográficas	112
Introdução	113
Capítulo I	115
Capítulo II	121
Capítulo III	133
Conclusão	144

Índice de Tabelas

Capítulo I- Saúde mental, solidão e resiliência de idosos durante a pandemia:

Revisão sistemática

Tabela 1- Apresentação dos Artigos Seleccionados e Caracterização Sociodemográfica

Tabela 2- Avaliação da Saúde Mental, Solidão e Relação entre Ambas

Tabela 3- Avaliação da Saúde Mental, Resiliência e Relação entre Ambas

Tabela 4- Relação entre Saúde Mental, Solidão e Resiliência

Capítulo II- Saúde Mental e Solidão de Idosos durante a Pandemia COVID-19

em Portugal

Tabela 1- Características Sociodemográficas da Amostra

Tabela 2- Consistência Interna do MHI-5 com base no Bem-Estar Psicológico

Tabela 3- Consistência Interna do MHI-5 com base no *Distress* Psicológico

Tabela 4- Consistência Interna do MHI-5

Tabela 5- Consistência Interna da Escala de Solidão da UCLA

Tabela 6- Percepção do Impacto da COVID-19 na Saúde Mental

Tabela 7- Percepção do Impacto da COVID-19 na Solidão

Tabela 8- Análise de Regressão Linear usando a Solidão como Variável Preditora e a Saúde Mental como Variável Resposta

Capítulo III- Saúde Mental e Resiliência de Idosos durante a Pandemia COVID-19

em Portugal

Tabela 1- Consistência Interna da Escala Breve de *Coping* Resiliente

Tabela 2- Caracterização da Saúde Mental

Tabela 3- Caracterização da Saúde Mental por Classes

Tabela 4- Percepção do Impacto da COVID-19 na Saúde Mental

Tabela 5- Caracterização da Resiliência da Amostra

Tabela 6- Percepção do Impacto da COVID-19 na Resiliência

Tabela 7- Resultados da Análise de Regressão Linear usando a Resiliência Total como Variável Preditora e a Saúde Mental Total como Variável Resposta

Índice de Figuras

Capítulo I- Saúde mental, solidão e resiliência de idosos durante a pandemia:

Revisão sistemática

Figura 1- Fluxograma de Seleção de Estudos do PRISMA (PRISMA, 2020).

Capítulo II- Saúde Mental e Solidão de Idosos durante a Pandemia COVID-19

em Portugal

Figura 1- Histograma de Frequência dos Valores da MHI-5

Figura 2- Histograma de Frequências dos Valores da UCLA

Capítulo III- Saúde Mental e Resiliência de Idosos durante a Pandemia COVID-19

em Portugal

Figura 1- Histograma de Frequência dos Valores da Escala Breve de *Coping* Resiliente

Introdução

Introdução

Nas últimas décadas a população idosa portuguesa tem vindo a aumentar acentuadamente (PORDATA, 2020), fazendo com que Portugal seja considerado um dos países da Europa com uma das maiores percentagens de indivíduos com 65 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019).

Paralelamente, o surgimento da COVID-19 em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, e consequente alastramento da mesma por mais de 190 países, nomeadamente Portugal, levou a que fosse declarada uma pandemia global (Bavel et al., 2020).

Ainda que a COVID-19 seja prejudicial a todas as faixas etárias a senescência é aquela que se vê mais afetada (Jones, 2020), ficando sujeita quer a vários riscos no seu quotidiano, como a quadros clínicos mais graves da doença, quando em comparação com a restante população, sendo por isso este grupo considerado como “grupo de risco” (Lloyd-Sherlock et al., 2020; Magalhães et al., 2020).

Como forma de conter a transmissão da pandemia e diminuir a taxa de infeções, foram implementadas medidas individuais, como é o caso do isolamento e distanciamento social (Delen et al., 2020), que apesar de eficazes na sua generalidade, causaram impactos não tão visíveis, mas preocupantes, na população idosa, nomeadamente na sua saúde mental (United Nations, 2020).

Desta forma, as medidas restritivas poderão ser consideradas como desencadeadores possíveis de desenvolvimento ou agravamento de transtornos psicológicos, como, por exemplo, depressão e/ou ansiedade, conduzindo a uma preocupação acrescida com a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos idosos (Monteiro et al., 2020).

A par disso, a diminuição do apoio familiar presencial e o impedimento de realização presencial de contactos sociais vieram igualmente agravar a solidão dos senescentes (Wu et al., 2019), contribuindo para a prevalência de sentimentos aversivos e posterior impacto negativo naquela que é a sua saúde mental (Calha et al., 2014).

Por seu turno, a diminuição de bem-estar leva os sujeitos a procurarem formas de lidar com a situação adversa em que se encontram, pelo que a resiliência se revela como uma variável chave para se fazer face a acontecimentos de vida difíceis (Tomás et al., 2012).

Assim sendo, a resiliência nos idosos representa a capacidade de conseguirem retomar ao seu estado de equilíbrio perante as dificuldades, atuando como um preditor do estado de saúde mental (Windle et al., 2010).

Neste contexto, o presente estudo dividido em três artigos científicos, enquadra-se num projeto de investigação mais amplo, denominado “Envelhecer em Portugal em Contexto Pandémico: Perfis Psicossociais”, que integra outros projetos individuais.

Por conseguinte, a realização do presente estudo denota-se como pertinente, uma vez que pretende contribuir para um maior entendimento daquela que é a saúde mental, solidão e resiliência dos idosos residentes em Portugal, no âmbito da COVID-19.

Junto disso, a carência de estudos no panorama português acerca deste tema faz com que seja relevante desenvolver esta investigação, percebendo de que forma o contexto pandémico vivido em Portugal trouxe implicações na saúde mental dos idosos, dando ainda enfoque à solidão e à resiliência, para que possam ser atenuados os efeitos negativos da COVID-19 e, por outro lado, possam ser concebidas estratégias que visem o aumento do bem-estar psicológico desta faixa etária.

Por outro lado, a opção por este tema a nível pessoal teve lugar pelo contacto que a investigadora teve com a população geriátrica aquando do seu estágio curricular, elevando o interesse em entender os processos e problemáticas adjacentes nesta faixa etária.

Desta maneira, os objetivos estabelecidos para este estudo foram: caracterizar a saúde mental de uma amostra de idosos a viver em Portugal; caracterizar a sua solidão; compreender a capacidade desse grupo para lidar com situações adversas (resiliência); perceber em que medida os participantes consideram que a COVID-19 interagiu com o seu estado psicossocial (saúde mental, solidão, resiliência).

Atendendo aos objetivos estabelecidos, foi delimitada a metodologia quantitativa, com natureza transversal visto que a recolha de dados foi elaborada apenas num momento, com um grupo em específico, sem uma continuação de seguimento dos inquiridos (Ribeiro, 1999).

De acordo com isto, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico; itens sobre a relação percebida entre a COVID-19 e a saúde mental, a solidão e a resiliência; Escala de Solidão da UCLA- *UCLA Loneliness*

Scale (Russel et al., 1980), adaptada à população portuguesa por Neto (1989); Mental Health Inventory-5 (RAND Corporation), versão portuguesa de Ribeiro (2001); Escala Breve de Coping Resiliente (Sinclair & Wallston, 2003), versão portuguesa de Pais Ribeiro e Morais (2010).

A recolha de dados realizou-se entre 19 de fevereiro de 2022 e 20 de abril do mesmo ano, na instituição de estágio da investigadora e mediante partilha do protocolo nas redes sociais entre 19 de fevereiro e 15 de abril de 2022.

Foi ainda realizada uma revisão sistemática de estudos publicados entre Dezembro de 2019 e Março de 2022, com intenção de aumentar o conhecimento sobre a temática proposta para investigação, através da análise da produção científica relativamente à mesma, dando especial enfoque às técnicas de avaliação aplicadas e aos resultados alcançados.

Importante será realçar que esta pesquisa teve lugar entre 13 de Fevereiro e 10 de Março de 2022, recorrendo à B-on e Google Académico (repositório e motor de busca, respetivamente).

De modo mais organizativo, a presente dissertação encontra-se dividida em três capítulos/artigos científicos, que comportam características e objetivos dissemelhantes, embora na sua totalidade pretendam contribuir para um entendimento mais aumentado da saúde mental, solidão e resiliência entre os idosos no âmbito da COVID-19.

No Capítulo I, é apresentada uma revisão sistemática da literatura, com análise e sistematização de estudos publicados no intervalo temporal definido, com a finalidade de entender os métodos de avaliação usados para quantificar a saúde mental, solidão e resiliência, explorando ainda a relação entre estas variáveis.

Sumariamente, foi possível entender que existe um número limitado de estudos que contemplaram a relação entre as variáveis propostas (saúde mental, solidão e resiliência), com métodos semelhantes de avaliação das mesmas, na maioria dos artigos. Ainda assim, há uma convergência com literatura pré pandémica, entendendo-se que a solidão leva a uma limitação da saúde mental dos senescentes, enquanto a resiliência está associada a um aumento da mesma.

O Capítulo II consiste num estudo empírico que pretende caracterizar a saúde mental e a solidão dos idosos, entendendo a relação entre estas variáveis e a perceção do impacto da COVID-19 nas mesmas, com uma amostra de 203 participantes.

Os resultados demonstram que a saúde mental apresentou valores médios, enquanto a solidão evidenciou valores baixos, sem que de um modo geral a pandemia tenha detido uma influência percecionada em ambas as variáveis.

O Capítulo III constitui-se de igual modo por um estudo empírico, com um número semelhante de participantes (203), mas com o propósito de caracterizar a saúde mental e a resiliência dos idosos, percebendo qual a relação que estas variáveis têm uma com outra e qual é a perceção do impacto da COVID-19 nestas.

Por sua vez, recorrendo a diferentes indicadores, a amostra não evidenciou problemas significativos de saúde mental, pelo que a mesma permaneceu relativamente estável. No caso da resiliência, os valores denotaram-se como tendencialmente médios, não havendo num panorama geral uma possível influência da pandemia nas variáveis em questão.

Em suma, a presente dissertação apresenta-se como impulsionadora de um maior aprofundamento desta temática a nível nacional, no que concerne à investigação, avaliação e até intervenção.

Capítulo I

Saúde mental, solidão e resiliência de idosos durante a pandemia: Revisão sistemática

Resumo: Introdução: A avaliação da saúde mental, solidão e resiliência, possibilita o planeamento de uma intervenção mais compatível com as necessidades exibidas pelos idosos. **Objetivo:** Apresentar uma revisão sistemática da literatura sobre a relação entre saúde mental, solidão e resiliência. **Método:** A pesquisa foi efetuada na base de dados B-On e Google Académico, entre 13 de fevereiro e 10 de março de 2022. **Resultados:** Numa fase inicial foram obtidos 712 artigos, cujo, após múltiplas etapas, foram selecionados 14 para leitura na íntegra e posterior análise. Os resultados obtidos na vigente revisão sistemática indicam que o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), a Escala de Solidão- UCLA e a *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), foram os instrumentos mais utilizados quer na avaliação da saúde mental, como na avaliação da solidão e resiliência, apesar de serem elaborados em contextos divergentes e estarem inseridos em estudos com objetivos, variáveis e amostras, bastante diversificadas. **Conclusões:** Existem poucos estudos que englobem a relação entre as três variáveis em estudo. Por ser uma temática atual, deveriam constar mais estudos em Portugal sobre a mesma, para serem compreendidas as consequências da pandemia na população idosa.

Palavras-Chave: Idosos, Saúde Mental, Solidão, Resiliência, COVID-19, Revisão sistemática.

Abstract: Introduction: The assessment of mental health, loneliness and resilience, allows the planning of an more compatible intervention with the needs exhibited by the elderly. **Objective:** Present a systematic review of literature that report the relationship between mental health, loneliness and resilience. **Method:** This research was carried-out in the B-On and Scholarship Google databases, between February 13 and March 10, 2022. **Results:** In an initial phase, 712 articles were obtained, of which, after multiple steps, only 14 were selected for a full reading, understanding and analysis. The results obtained in the current systematic review indicate that the *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), *UCLA Loneliness Scale* and *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), were the most used instruments in the assessment of mental health, loneliness and resilience, despite being developed in different contexts and being included in studies with very diverse objectives, variables and samples. **Conclusion:** There are few studies that cover the relationship between the three variables in study.

As this is a current theme, there should be more studies in Portugal about it, in order to understand the consequences of the pandemic in the elderly population.

Keywords: *Elders, Mental Health, Loneliness, Resilience, COVID-19, Systematic Review.*

Introdução

Nos dias de hoje, o termo saúde mental é cada vez mais alvo de atenção, pelo que é fundamental entender o que este abrange. Não obstante, rapidamente se compreende que não existe uma definição consensual de saúde mental, quer devido à diversidade de teorias explicativas, como às diferenças culturais envoltas ao redor deste conceito (Alves & Rodrigues, 2010).

Todavia, pode entender-se que a saúde mental é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, podendo ser determinada por fatores socioeconómicos, biológicos e ambientais (World Health Organization [WHO], 2018).

Nesta linha de pensamento, a saúde mental revela-se como essencial para a “capacidade coletiva e individual como seres humanos de pensar, emocionais, interagir uns com os outros, ganhar a vida e aproveitar a vida”, pelo que, a possibilidade que o indivíduo demonstra, de lidar com o stress e trabalhar de forma produtiva, aproveitando as suas próprias habilidades, poderá contribuir positivamente para a comunidade onde estão inseridos (WHO, 2018).

Com o avançar da idade, a existência de eventos cada vez mais desafiantes tem uma maior prevalência, sendo que a compreensão da saúde mental no processo de envelhecimento, necessita de atender à história ou percurso de vida do idoso ao longo da sua vida e na velhice (Silva, 2005).

Isto vai ao encontro do descrito por Busse e Blazer (1999), que salientam que os problemas de saúde mental típicos do envelhecimento, escassamente são provocados pela diminuição das funções cognitivas, mas sim por aspetos como: perdas de papel social; comorbilidade de patologias; situação sócio económica; situações geradoras de stress; institucionalização; etc.

No entanto, a abordagem da saúde mental no processo de envelhecimento é bastante complexa e elaborada, pelo possível impacto e repercussões provenientes das mudanças ocorridas ao longo da vida dos idosos (Rodrigues, 2007).

Neste sentido, existem desafios quando se fala na saúde mental da pessoa idosa, principalmente no que diz respeito ao sofrimento psíquico, gerado pela depressão, solidão e/ou isolamento social, averiguando-se que a depressão é uma doença que se encontra frequentemente associada à velhice (WHO, 2004).

Destarte, no que concerne à saúde mental, a solidão tem vindo a identificar-se em múltiplas investigações, como um problema decisivo por afetar negativamente os idosos, o que destaca a estreita relação entre a solidão e a depressão na velhice (Alphas & Neville, 2003; Cacioppo et. al., 2006; Paul et al., 2006).

A solidão é, então, uma problemática social que perturba essencialmente pessoas idosas, provocando um sentimento de vazio interior (Pais, 2016). Contudo, não existe uma definição universal de solidão, por se tratar acima de tudo, de uma experiência subjetiva, com variantes, conforme a cultura e as características dos indivíduos (Perlman, 2004; Rokach & Bacanli, 2001).

Apesar disso, a solidão tem vindo a ser caracterizada como uma combinação profunda de sentimentos desagradáveis, que têm o seu surgimento aquando da falta de satisfação nas relações humanas, quer ao não haver qualquer contacto social, quer à falta de pessoas com a disponibilidade de partilhar experiências sociais ou emocionais (de Jong-Gierveld, 1987).

A solidão descreve-se ainda como um estado emocional onde o sujeito tem dentro de si um acentuado sentimento de vazio e isolamento, por poder interagir com os outros, mas evitar fazê-lo pela sua perceção deturpada das suas relações sociais, ou pela presença de alguma deficiência a nível do seu envolvimento social (Blazer, 2002; Perlman, 2004; Victor et. al., 2002).

Consequentemente, sentir solidão é uma experiência emocionalmente perturbadora, por enfatizar uma profunda infelicidade, sendo que nos idosos, essa experiência está intimamente relacionada a algumas perdas, quer no que tange ao enfraquecimento corporal, como ao luto e habilidades funcionais (Graneheim & Lundman, 2004; Peplau, Miceli & Morasch, 1982).

Por conseguinte, se a solidão vivenciada pela pessoa idosa trazer consigo uma redução da capacidade funcional, se as relações sociais existentes na sua vida forem insatisfatórias, se a sua autoestima estiver prejudicada e se houver o aparecimento de sintomas psicológicos, esta mesma solidão pode conduzir a uma degradação global do idoso, no âmbito da saúde física ou mental (Graneheim & Lundman, 2009).

Num estudo realizado em Espanha com 272 idosos de comunidades espanholas, conclui-se que o estudo da solidão contribui sensivelmente para se prestar uma explicação sobre a saúde mental em idosos, concebendo-se a solidão como um fator de risco para níveis mais elevados de saúde mental e níveis mais baixos de satisfação para com a vida no geral (Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinquart & Sorensen, 2001; Wilson et al., 2007). Paúl e Ribeiro (2009), frisam a relação entre a solidão e a saúde mental, justificando que o facto da pessoa idosa se sentir sozinha, torna-a mais vulnerável e propícia para o desenvolvimento de uma doença física ou mental.

Nesta linha de pensamento, Cacioppo et al. (2006) averiguaram que níveis mais intensos e elevados de solidão estão rigorosamente correlacionados com maiores níveis de sintomas depressivos, sugerindo que a solidão e a sintomatologia depressiva, podem atuar energeticamente na diminuição do bem-estar psicológico dos idosos.

Envolto em tudo isto, está o conceito de resiliência que, na perspetiva de Pinheiro (2004), faz alusão à capacidade dos sujeitos para enfrentarem situações de adversidade e superá-las com sucesso, mediante um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que viabilizam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo perante vivências nefastas.

Por outras palavras, a resiliência significa a adaptação às dificuldades da vida consideradas desfavoráveis e stressantes, podendo o enfrentamento das dificuldades abrir portas a novos caminhos (Rech, 2007).

Finalmente, Laranjeira (2007), designa a resiliência como o fenómeno ou arte de adaptação a condições biológicas e sociopsicológicas adversas, levando ao desenrolar de capacidades em torno de recursos internos e externos. Embora uma multiplicidade de autores apontem para uma definição consistente de resiliência, ainda é um termo relativamente recente (Anaut, 2005).

Numa fase tardia da vida, a presença de resiliência é crucial, pois funciona como uma componente determinante para o ajustamento psicossocial, ligada à saúde mental (Nygren et al., 2005; Wagnild & Young, 1993).

Anaut (2005) clarifica que a resiliência dos indivíduos se alicerça com a idade, por intermédio da superação de infortúnios, sendo por essa razão que a acumulação de eventos positivos ou negativos pode exercer influência na capacidade de adaptação e superação da pessoa.

Por outro lado, o envelhecimento não é considerado um contexto de risco, pelas reações dos idosos face a este divergirem, o que acaba por originar capacidades de desenvolvimento de habilidades e adoção de comportamentos resilientes. Em última instância, a resiliência na população geriátrica, dependerá predominantemente da maneira como aproveitam e empregam os seus recursos pessoais (Kessel, 2013).

No tocante às investigações previamente realizadas, há evidências de quanto mais elevados forem os níveis de resiliência nos idosos, melhor será a saúde mental e mais baixos serão os níveis de depressão (MacLeod et al., 2016). Tendo isto em conta, uma investigação desenvolvida em Portugal, com a participação de idosos portugueses, conseguiu apurar que a resiliência tem valor preditivo no domínio psicológico e físico dos sujeitos (Valada, 2011).

Tendo em consideração o atual cenário pandémico e os indicadores que mostram o seu impacto na saúde mental das populações, torna-se relevante saber até que ponto a avaliação da e a relação entre saúde mental e solidão e resiliência se alterou durante a pandemia. Tais dados poderão ser particularmente relevantes no âmbito de intervenções destinadas a melhorar a saúde mental das comunidades (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2020).

Para avultar o conhecimento sobre um certo tema, é imprescindível proceder-se à análise da produção científica sobre o mesmo, reunindo-se os resultados acerca da temática em causa. Assim, considerou-se pertinente realizar uma revisão sistemática dos estudos publicados entre Dezembro de 2019 e Março de 2022, sobre a relação entre saúde mental, solidão e resiliência, na população idosa, focando especificamente nas técnicas de avaliação usadas e os resultados obtidos.

Método

A presente revisão sistemática tem como base as recomendações propostas e assentes no guia *Preferred Reporting for Systematic Reviews and Meta-Analyses: PRISMA* (Page et al., 2021).

CrITÉrios de Elegibilidade

Foram considerados como elegíveis, artigos científicos, escritos em Inglês, Português e Espanhol, que englobassem a relação entre saúde mental, solidão e/ou resiliência em idosos, com publicação entre Dezembro de 2019 e Março de 2022, período no qual a COVID-19 teve forte incidência.

Tendo em consideração que o vírus SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, foi identificado no final do mês de Dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, optou-se por começar a revisão sistemática nesse mês (WHO, 2020).

Excluíram-se documentos que não fossem artigos científicos, artigos de revisão e/ou estudos que não abarcassem a variável saúde mental.

Fontes de Informação

Os artigos foram identificados, mediante “pesquisas avançadas” na B-On-Biblioteca de Conhecimento *Online* e no *Google Scholar*- Google Académico, ambos repositórios, que comportam pesquisa de informação científica, ainda que com especificidades muito diversificadas entre si.

A pesquisa virtual nos repositórios desenrolou-se entre 13 de fevereiro e 10 de março de 2022, sendo que no caso da B-On a última consulta ocorreu dia 5 de março de 2022, enquanto no Google Académico, esta teve lugar no dia 1 de março de 2022. As datas de cobertura definidas para inclusão dos estudos foram: 31 de dezembro de 2019, por ser a data em que inicialmente a OMS foi alertada para a existência de vários casos de COVID-19 em Wuhan, e 10 de março de 2022.

A B-on constitui-se como uma biblioteca *online*, que disponibiliza um acesso ilimitado e definitivo a várias instituições de investigação e de ensino superior, de vários artigos científicos e *ebooks* online, mediante uma assinatura previamente negociada (Biblioteca do Conhecimento *Online* [B-on], 2022).

Por seu turno, a B-on permite o acesso a milhares de publicações científicas, denotando-se atualmente como uma referência no acesso à informação científica internacional, por permitir publicações de instituições de etiologias diversas tais como, ensino superior, investigação científica, desenvolvimento tecnológico, administração pública e privada, sem fins lucrativos (Biblioteca do Conhecimento *Online* [B-on], 2022).

Deste modo, optou-se por esta plataforma pela sua diversidade e abundância de artigos científicos, aumentando a probabilidade de identificar técnicas de avaliação da saúde mental, solidão e resiliência e seus resultados, durante a pandemia.

Noutra instância, o *Google Académico* engloba uma extensão de pesquisa do *Google*, desenhado concretamente para estudantes, investigadores, cientistas, universitários, entre outros (*Schoolar Google*, 2022).

Este oferece ferramentas especializadas, para busca e posterior leitura de conteúdos académicos, funcionando como uma espécie de biblioteca virtual para teses, artigos científicos, monografias, livros, resumos ou dissertações. Por outras palavras, serve para pesquisa de artigos e material científico, para trabalhos de índole académica, profissional ou de investigação, indexando conteúdos de outras plataformas como SciELO, Google Livros, Springer, etc (*Even 3 Blog*, 2022).

Deliberou-se assim, o uso deste serviço de pesquisa, quer pela facilidade de acesso a produtos científicos, como pelas múltiplas fontes de informação acessíveis gratuitamente e a este associadas, que permitem uma maior vastidão de artigos.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa avançada para ambos os repositórios *online* dividiu-se em várias partes distintas.

Primeiramente, no caso da B-on, o “Campo de Pesquisa”, permitiu inserir os vários termos a serem encontrados, nomeadamente “*Elders or elder or aged or older or elderly or geriatric or senior or seniors*”; “*Mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness*”; “*Loneliness or social isolation or social exclusion or lonely*”; “*Resilience or resiliency or resilient*”; “*Covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19 or pandemic*”, com base na opção “TX Todo o Texto”, sendo

com isto pesquisados, todos os documentos, que contivessem no corpo do texto essas palavras.

No entanto, há a exceção do termo “*Elders or elder or aged or older or elderly or geriatric or senior or seniors*”, que foi pesquisado com base na opção “TI Título”, por permitir uma maior precisão e número de artigos que englobassem a população idosa.

A seleção da opção “Relevância” possibilitou que, de acordo com os termos inseridos, os artigos mais relevantes pudessem aparecer em primeiro lugar. Na secção “Refinar Resultados”, conseguiu ordenar-se e restringir-se os resultados, tendo por base os seguintes aspetos: “Data de publicação” - onde se delimitaram os resultados ao espaço temporal objetivado, Dezembro de 2019 a Março de 2022; “Tipos de Fontes” - foi restringido a apenas revistas académicas; “Idioma” - filtrou-se e limitou-se o idioma dos documentos a “*English*”, “*Portuguese*” e “*Spanish*”. Verificaram-se ainda eventuais duplicações dos estudos presentes na B-on, excluindo os duplicados para permitir a contabilização de cada artigo uma única vez.

No que se refere ao *Google Académico*, a “pesquisa avançada” é muito peculiar, apresentando apenas campos como: “Localizar artigos”; “Devolver artigos com autoria de”; “Devolver artigos publicados em”; “Devolver artigos com datas entre”.

À vista disso, inseriu-se no campo “Localizar artigos” e na subsecção “Com todas as palavras”, os termos “*Older people; Mental Health; Loneliness; Resilience*”, enquanto nas outras subsecções como “Com a expressão exata” optou-se por introduzir a palavra “COVID-19”, terminando com “Sem as palavras”, onde se excluiu a expressão “*Young People*”. Optou-se por não incluir o termo “*Young People*”, por indicar de uma maneira consistente, que as amostras identificadas se referissem na sua maioria a “*Young People*” e não a idosos, apesar disto implicar perder estudos.

Para uma melhor filtração dos artigos, selecionou-se a opção “Em qualquer parte do artigo”, fazendo com que as palavras anteriormente inseridas, pudessem aparecer ao longo de todo o artigo. O intervalo temporal entre Dezembro de 2019 e Março de 2022 foi igualmente definido.

Através da pesquisa avançada, conseguiu definir-se *à priori* um conjunto de critérios, como forma de aumentar a precisão da pesquisa de artigos e diminuir substancialmente o número de artigos inadequados.

Processo de Seleção

Uma única revisora (a primeira autora), fez a triagem de cada registo e publicação selecionada.

Os estudos que foram identificados tendo em conta a etapa anterior foram posteriormente submetidos a um processo de triagem, onde inicialmente, mediante a leitura dos títulos e resumos, eliminaram-se artigos com estudos que: a) não fossem realizados com idosos; b) relatassem intervenções sem incluir resultados quantitativos e qualitativos; c) fossem revisões da literatura, incluindo revisões sistemática; d) não fizessem menção à saúde mental; e) mesmo que mencionassem a saúde mental, não envolvessem a solidão e/ou resiliência.

Seguidamente, realizou-se, com os registos científicos elegidos, uma leitura parcial dos mesmos, começando por se analisar o resumo e alguns aspetos específicos do texto, mais concretamente, o método: participantes, tipo de estudo e técnicas de avaliação usadas.

Reforçando aqueles que são os critérios de exclusão, foram excluídos artigos que apenas contemplassem revisões de literatura ou que não fossem empíricos, os que não se enquadravam nos objetivos delimitados para a revisão, os que não tivessem como amostra pessoas com idade superior a 50 anos, artigos que não contemplassem a COVID-19 e por último, os que não apresentavam um método fiável, ou seja, não relatavam técnicas de avaliação qualitativas e/ou quantitativas.

Incluíram-se, então, todos os registos que não contemplassem revisões de literatura e que fossem empíricos (quantitativos); artigos que envolvessem as variáveis selecionadas, principal e obrigatoriamente a saúde mental; que se focassem em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos; e que incluíssem a COVID-19.

O critério da idade 50 ou mais anos, teve lugar visto que alguns dos estudos identificados se referem a “older people” a partir desta faixa etária em específico (Creese et al., 2020; Mumtaz et al., 2021; Polenick et al., 2021).

Numa fase final, posterior a terem sido selecionados os possíveis artigos a serem incluídos na revisão, procedeu-se à leitura dos mesmos na íntegra, efetuando-se a remoção e análise dos dados, para a presente revisão sistemática.

Processo de Recolha de Dados

Uma única revisora (a primeira autora) recolheu a informação de cada publicação.

Dados dos Itens

De cada artigo recolheram-se os seguintes dados: autor(es); ano de publicação; caracterização da amostra; avaliação da saúde mental; avaliação da solidão; relação entre saúde mental e solidão; avaliação da resiliência; relação entre saúde mental e resiliência; relação entre saúde mental, solidão e resiliência.

Na caracterização da amostra, foram tidos em conta alguns elementos, nomeadamente, o número de participantes, idade mínima para participação no estudo (50 anos), média e desvio padrão das idades.

O sexo da amostra (feminino, masculino ou outro) e a predominância do mesmo (mais prevalência de homens ou mulheres ou outro), foram também características tidas em conta neste estudo.

Por outro lado, a nacionalidade dos participantes foi também recolhida e considerada no atual estudo.

Já na avaliação das variáveis saúde mental, solidão e resiliência, foram listadas as técnicas utilizadas, averiguando-se qual a pontuação mínima e a máxima, a ser considerada nessa qualificação.

Para finalizar, a relação entre as variáveis, é identicamente ponderada nesta revisão, deduzindo-se através de análises estatísticas o tipo de correlação existente ou não entre estas, tal como uma apreciação analítica destas possíveis relações.

Resultados

Seleção dos Estudos

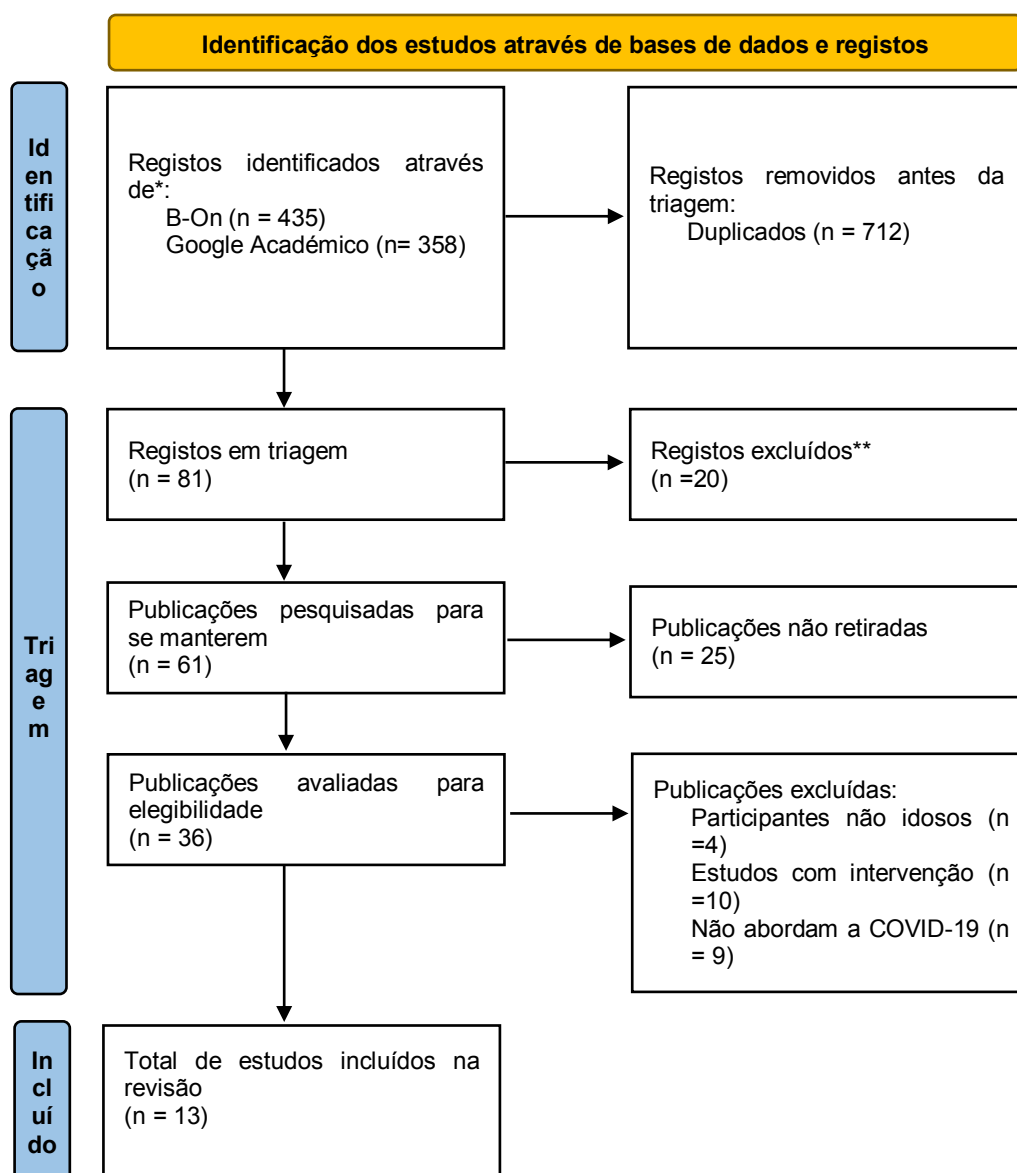
Foram identificados pela pesquisa na B-on e Google Académico um total de 793 artigos, pelo que mediante a exclusão dos artigos duplicados, apenas 81 registos foram eleitos para triagem.

Destes 81 artigos, 20 foram excluídos por não cumprirem com os critérios estipulados para seleção, permanecendo apenas 61 destes. Dos 61 artigos, 25 não foram retirados, permanecendo 36 publicações para avaliação de elegibilidade.

Neste sentido, com base em critérios de exclusão, foram eliminados três artigos por não incluírem participantes idosos, outros dez por relatarem apenas intervenções e nove por não abordarem a COVID-19. Desta forma, apenas 13 artigos foram incluídos na presente revisão sistemática.

A Figura 1 clarifica aquele que foi o processo de seleção e análise de artigos.

Figura 1. Fluxograma de Seleção de Estudos do PRISMA (PRISMA, 2020).



Características dos Estudos

Depois dos artigos serem lidos e analisados, organizaram-se as informações retiradas de acordo com as seguintes características (apresentadas no método): autoria e ano de publicação; características da amostra; técnicas usadas para avaliar a saúde mental, solidão e resiliência; relação entre saúde mental e solidão, entre saúde mental e resiliência e entre saúde mental, solidão e resiliência.

Para facilitar a leitura, os resultados estão divididos ao longo de 4 tabelas, que fornecem os seguintes elementos cada: caracterização sociodemográfica da amostra (Tabela 1); caracterização das técnicas de avaliação da saúde mental e da solidão e da relação entre ambas (Tabela 2); caracterização das técnicas de avaliação da saúde mental e da resiliência e da relação entre ambas (Tabela 3); e caracterização da relação entre saúde mental, solidão e resiliência (Tabela 4).

Tabela 1. Caracterização da Amostra dos Estudos Incluídos (N=13)

Nº	Autores e Ano	Caracterização da Amostra
1	Creese, Khan, Henley, O'Dwyer, Corbett, Da Silva, Mills, Wright, Testad, Aarsland & Ballard, 2020	- N=3281 indivíduos ≥ 50 anos - Sexo: 80% mulheres e 20% homens - Idade: M=67, DP=6,5 - Nacionalidade: Britânica
2	Röhr, Reininghaus & Riedel-Heller, 2020	- N= 1005 indivíduos ≥ 60 anos - Sexo: 76,03 % (566) mulheres e 74.82% (439) homens - Idade: M=75,50, DP=7,11 - Nacionalidade: Alemã
3	Shrira, Hoffman, Bodner & Palgi, 2020	- N= 277 indivíduos ≥ 60 anos - Sexo: 69 % (191) mulheres e 31% (86) homens - Idade: M=69,58, DP=6,72 - Nacionalidade: Israelita
4	Dziedzic, Idzik, Kobos, Sienkiewicz, Kryczka, Fidecki & Wysokinski, 2021	- N=221 indivíduos ≥ 60 anos - Sexo: 47,51% mulheres e 52,49% homens - Idade: M=65,18 - Nacionalidade: Polonesa
5	Müller, Röhr, Reininghaus & Riedel-Heller, 2021	- N=1005 indivíduos ≥ 65 anos - Sexo: 56,3% mulheres e 43,7% homens - Idade: M=75,5, DP=7,1 - Nacionalidade: Alemã

6	Mumtaz, Manzoor, Jiang, Rahaman, 2021	- N= 310 indivíduos ≥ 50 anos - Sexo: 31,9% (99) mulheres e 68,1 (211) % homens - Idade: a maioria dos participantes tem entre 60-70 anos - Nacionalidade: Paquistanesa
7	Pérez-Rojo, López, Noriega, Martínez-Huertas, Velasco, Carretero, López-Frutos, Galarraga & Pillemer, 2021	-N=783 indivíduos ≥ 60 anos -Sexo: 60,70% mulheres e 39,30% homens -Idade: M=68,20, DP=5,75 - Nacionalidade: Espanhola
8	Polenick, Perbix, Salwi, Maust, Birditt & Brooks, 2021	- N=701 indivíduos ≥ 55 anos - Sexo: 73,6% mulheres, 25,8% homens e outros 0,6% - Idade: M=64,57, DP=8,84 - Nacionalidade: Americana
9	Ouanes, Kumar, Doleh, Smida, Al-Kaabi, Al-Shahrani, Mohamedsalih, Ahmed, Assar, Khodoruth, AbuKhattab, Maslamani & AlAbdulla, 2021	-N=67 indivíduos ≥ 60 anos -Sexo: 46,3% mulheres e 53,7% homens - Idade: M=65,5 - Nacionalidade: Catarense
10	Ratanasiripong, Ratanasiripong, Khamwong, Jingmark, Thaniwattananon, Pisaipan, Sanseeha, Rungnoei, Songprakun, Tonkuriman & Bunyapakorn, 2021	- N= 1796 indivíduos ≥ 60 anos - Sexo: 1137 (63,3%) mulheres e 659 (36,7%) homens - Idade: M=69,3, DP=7,2 - Nacionalidade: Tailandesa
11	Sams, Fisher, Mata-Greve, Johnson, Pullmann, Raue, Renn, Duffy, Darnell, Fillipo, Allred, Huynb, Friedman & Areán, 2021	-N= 501 indivíduos ≥ 60 anos - Sexo: 66,3% mulheres e 33,7% homens - Idade: Sem informação - Nacionalidade: Americana
12	Savci, Akinci, Usenmez & Keles, 2021	- N= 103 indivíduos ≥ 65 anos - Sexo: 21 mulheres e 82 homens - Idade: M=73,33, DP=6,66 - Nacionalidade: Turca
13	Vannini, Gagliardi, Kuppe, Dosset, Donovan, Gatchel, Quiroz, Premnath, Amariglio, Sperling & Marshall, 2021	- N=141 indivíduos ≥ Não especificado - Sexo: 83 mulheres e 58 homens - Idade: M=74,4, DP=8,35 - Nacionalidade: Americana

NSA- Não se aplica

A Tabela 1 torna evidente que a grande maioria dos artigos incluídos, foram publicados no ano de 2021 (N=10). Os diferentes artigos compreendem, na sua totalidade, coautoria, realçando-se a inexistência de artigos com um único autor.

No que concerne ao tamanho da amostra contemplada no estudo, constata-se oscilações entre 67 e 3281 participantes, verificando-se que todas as amostras compreendem a participação de ambos os sexos. Apurou-se ainda que as amostras de dez das investigações eram essencialmente compostas pelo sexo feminino e outras três pelo sexo masculino. É de destacar que existe um artigo que engloba a opção “Outro” relativamente ao sexo (Polenick et al., 2021).

As idades dos participantes, abrangem predominantemente indivíduos com mais de 60 anos, estando as médias compreendidas entre os 64,57 e os 75,5 anos. O desvio padrão em relação à idade, diverge entre 5,75 e 8,84.

Em relação à nacionalidade, a maioria dos participantes é de nacionalidade americana ($N=3$).

Em suma, um total de 10 191 indivíduos participaram nos estudos incluídos na presente revisão sistemática, constituindo, desta forma, uma amostra ampla.

Quanto às técnicas de avaliação da saúde mental e solidão usadas e as relações identificadas entre ambas, estas estão patentes na Tabela 2.

Tabela 2. *Caracterização das Técnicas de Avaliação da Saúde Mental e da Solidão e da Relação entre Ambas nos Estudos Incluídos ($N=13$)*

Nº	Avaliação da Saúde Mental	Avaliação da Solidão	Relação entre Saúde Mental e Solidão
1	<ul style="list-style-type: none"> - PHQ-9 (depressão) - GAD-7 (ansiedade) - Para ambas as escalas, um limiar de 5 ou superior na pontuação total, é indicativo de sintomas leves, enquanto 10 ou superior é indicativo de sintomas moderados ou graves 	<ul style="list-style-type: none"> - UCLA Loneliness Scale - A solidão foi tratada como binária para esta análise, dicotomizada entre aqueles que experimentavam qualquer solidão (ou seja, classificaram pelo menos "algum tempo" em qualquer questão) e aqueles que não experimentaram nenhuma 	<ul style="list-style-type: none"> O grupo de pessoas que experienciou alguma solidão teve 1,29 mais vezes a probabilidade de ter depressão e 1,37 mais vezes a probabilidade de ter ansiedade, em comparação com o grupo de pessoas que nunca experienciou solidão - Relação entre depressão e solidão: IRR =1, 29 - Relação entre ansiedade e solidão: IRR=1,37 <p style="text-align: right;">Nota: IRR- Incidence Rate Ratio</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> - The Brief Symptom Inventory (BSI-18) 	<ul style="list-style-type: none"> - University of California, Los Angeles Loneliness 	<ul style="list-style-type: none"> - Neste estudo não foi encontrada nenhuma relação entre saúde mental e

		Scale (UCLA-3)	solidão
	- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)	- Uma pontuação ≥ 6 indica solidão	
3	- Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) - Pontuações mais altas refletem um aumento da ansiedade - Patient Health Questionnaire (PHQ-9) - Pontuações mais altas refletem o aumento dos sintomas depressivos	- UCLA Loneliness Scale - Pontuações mais altas refletem um aumento da solidão	- A solidão correlacionou-se positivamente com a ansiedade e com a depressão Relação entre ansiedade e solidão: $r = .31$ Relação entre depressão e solidão: $r = .30$ - Verificou-se, através de uma análise linear hierárquica, que a solidão era o preditor estatisticamente mais forte da ansiedade: $\beta = .29, p < .001$ - Noutra análise linear hierárquica, com a depressão como variável dependente, verificou-se que a solidão era o preditor estatisticamente significativo mais forte da depressão: $\beta = .28, p < .001$.
4	- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS-M) - A pontuação máxima separadamente para a ansiedade (7 questões) e depressão (7 questões) é de 21 pontos, adotando-se a seguinte interpretação: 1) Sem transtornos: 0-7 pontos 2) Estados limítrofes: 8-10 pontos 3) Transtornos: 11-21 pontos	- Versão Polaca da Escala da Solidão UCLA (R-UCLA) - A pontuação máxima possível é de 80 pontos, sendo definidos 4 níveis de solidão para interpretação: 1) Níveis altos de solidão: 65-80 pontos 2) Níveis moderadamente elevados de solidão: 50-64 pontos 3) Níveis moderados de solidão: 35-49 pontos 4) Níveis baixos de solidão: 20-34 pontos	- Existe uma correlação negativa fraca entre a ansiedade e a solidão Correlação entre ansiedade e solidão: $r = -0,41$ - Existe uma correlação positiva fraca entre a depressão e a solidão Correlação entre depressão e solidão: $r = 0,48$

<p>5</p>	<p>- Brief Symptom Inventory (BSI-18)</p> <p>- A soma das pontuações da subescala de depressão do BSI-18 teve um intervalo total de 0 a 24</p> <p>(A escala foi utilizada para modelos de regressão linear, portanto, nenhuma nota de corte foi aplicada)</p>	<p>- University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA-3)</p> <p>- Após o cálculo das pontuações, uma pontuação de corte ≥ 6 indicava solidão</p>	<p>- Sentir-se sozinho/a (solidão) e estar isolado/a, assim como sentir-se sozinho/a (solidão) e não estar isolado/a foram preditores estatisticamente significativos de mais sintomas depressivos</p> <p>Relação entre saúde mental e solidão: Sentir-se sozinho/a e estar isolado/a $\beta = ,136$</p> <p>Sentir-se sozinho/a e não estar isolado/a $\beta = ,276$</p> <p>Nota: O estudo mostra, ainda, que o sentimento subjetivo de solidão em si é mais determinante no surgimento de sintomas depressivos do que propriamente o estado objetivo de estar isolado/a</p>
<p>6</p>	<p>- 7-Item Hospital Anxiety and Depression Subscale (HADS)</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)</p>	<p>NSA</p>	<p>NSA</p>
<p>7</p>	<p>- Psychological Well-Being Scales</p> <p>- Hospital Anxiety and Depression Scale</p> <p>- Ambas as escalas foram pontuadas numa escala Likert de 7 pontos, variando de 1 (nunca) a 7 (sempre)</p>	<p>NSA</p>	<p>NSA</p>

8	<p>- Adapted version of the two-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-2)</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)</p>	<p>- Three-Item Loneliness Scale</p> <p>- Pontuação de 3 a 4: pouca ou nenhuma solidão</p> <p>Pontuação de 5 a 6: solidão moderada</p> <p>Pontuação de 7 a 9: solidão severa</p>	<p>- A ansiedade foi um preditor estatisticamente significativo de níveis mais elevados de solidão.</p> <p>Relação entre ansiedade e solidão: $\beta = ,46$</p> <p>-A depressão não foi um preditor estatisticamente significativo de níveis mais elevados de solidão</p> <p>Relação entre depressão e solidão: $\beta = ,26$ (p não foi inferior a 0,5)</p>
9	<p>- Depression, Anxiety, and Stress Scale 21-item Arabic version (DASS-21)</p> <p>- Cada uma das três pontuações (depressão, ansiedade e stress) varia entre 0 e 21, com pontuações mais altas indicando níveis mais elevados de sintomas</p>	NSA	NSA
10	<p>- The Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)</p> <p>- A DASS é composta por 21 itens, classificados numa escala Likert de 4 pontos</p> <p>- Uma pontuação mais alta indica uma maior prevalência de sintomas</p>	NSA	NSA
11	<p>- 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</p> <p>- 7-item Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)</p> <p>- Short Health Anxiety</p>	<p>- 3-Item UCLA Loneliness Scale</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)</p>	<p>- As pessoas com solidão apresentaram, em comparação com as pessoas sem solidão, níveis mais elevados de depressão e ansiedade</p> <p>Relação entre a PHQ-9 e solidão: PHQ-9 e não estar sozinho:</p>

	<p>Inventory (SHAI)</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)</p>		<p>ds= 2,9 (3,3)</p> <p>PHQ-9 e estar sozinho: ds=7,5 (5,4)</p> <p>Relação entre GAD-7 e solidão: GAD-7 e não estar sozinho: ds=2,2 (3,0)</p> <p>GAD-7 e estar sozinho: ds=6,5 (5,5)</p> <p>Relação entre SHAI e solidão: SHAI e não estar sozinho: ds=10,7 (7,1)</p> <p>SHAI e estar sozinho: ds=16,8 (8,7)</p> <p>- Estas diferenças, por sua vez, foram estatisticamente significativas, sendo que os ds de Cohen sugerem/indicam efeitos grandes</p>
<p>12</p>	<p>- Versão Turca da World Health Organization Quality of Life - BREF (WHOQOL-BREF-TR)</p> <p>- São calculadas pontuações para as dimensões física, psicológica, social e ambiental, variando entre 0-100%</p> <p>- A qualidade de vida aumenta à medida que a pontuação também aumenta</p> <p>Nota: apesar desta escala avaliar a qualidade de vida, tem uma dimensão que aborda a componente psicológica, pelo que foi esta que motivou a inclusão do artigo</p>	<p>- Loneliness Scale for Elderly (LSE)</p> <p>- A pontuação possível da escala varia entre 0 e 22</p> <p>- O nível de solidão aumenta quando a pontuação da escala também aumenta</p>	<p>- A solidão tem um efeito estatisticamente significativo na dimensão mental da qualidade de vida</p> <p>- Relação entre saúde mental e solidão: Beta= -0,234</p>

13 - Perceived Stress Scale NSA NSA
(PSS14)

- Foi usada a pontuação total, com pontuações mais altas indicando um aumento do stress percebido

NSA- Não se aplica

De acordo com a Tabela 2 em quatro dos artigos incluídos não foi avaliada a solidão, ainda que a saúde mental o fosse, e num outro artigo, ainda que a solidão tivesse sido avaliada, não houve exploração da relação entre saúde mental e solidão (cf. Tabela 3).

Em relação à avaliação da saúde mental, a Tabela 2 revela que o Patient Health Questionnaire (PHQ-9), foi o instrumento mais vezes utilizado nos estudos incluídos nesta revisão ($N=3$), sem referências a algum tipo de adaptação.

No que diz respeito à avaliação da solidão, a Tabela 2 mostra que a técnica de avaliação mais utilizada foi a Escala de Solidão da UCLA ($N=6$), ainda que em várias versões e adaptações, conforme o país ou a região no qual o estudo foi desenvolvido.

A nível da relação entre as variáveis saúde mental e solidão, em geral ($N=1$), verificou-se que a solidão e o “sentir-se sozinho” são preditores estatisticamente significativos de mais sintomas depressivos ou ansiosos, possuindo um efeito naquela que é a saúde mental dos participantes.

Noutra vertente, entende-se que grupos ou pessoas que já tenham experienciado alguma solidão, ou ainda a experienciam, têm maior probabilidade de terem depressão e ansiedade, quando comparados com aqueles que nunca experienciaram solidão ou no momento não a estão a experienciar ($N=1$). Dito isto, constatou-se que as pessoas com solidão apresentam, quando em comparação com pessoas sem solidão, níveis mais elevados de ansiedade ou depressão ($N=1$).

Por fim, também foram identificadas correlações negativas, ainda que fracas, entre ansiedade, depressão e solidão ($N=1$), bem como correlações positivas entre estas variáveis ($N=2$).

Em suma, quanto maiores os níveis de solidão experienciados, maior será a incidência de sintomas psiquiátricos ou psicológicos, com impacto negativo na saúde mental dos indivíduos.

No que diz respeito às técnicas de avaliação da saúde mental e resiliência utilizadas e às relações verificadas entre ambas, estão sintetizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização das Técnicas de Avaliação da Saúde Mental e da Resiliência e da Relação entre Ambas nos Estudos Incluídos (N=13)

Nº	Avaliação da Saúde Mental	Avaliação da Resiliência	Relação entre Saúde Mental e Resiliência
1	- PHQ-9 (depressão) - GAD-7 (ansiedade) - Para ambas as escalas, um limiar de 5 ou superior na pontuação total, é indicativo de sintomas leves, enquanto 10 ou superior é indicativo de sintomas moderados ou graves	NSA	NSA
2	-The Brief Symptom Inventory (BSI-18) -Não existe informação sobre a pontuação mínima e máxima	- Brief Resilience Scale (BRS) - A pontuação média de todas as respostas aos itens foi usada para quantificar a resiliência (intervalo: 1-5). Uma pontuação média mais alta indicou maior resiliência	- Relação entre sintomas depressivos e resiliência: $\beta = -.32, p < .001$ - Relação entre ansiedade e resiliência: $\beta = -.35, p < .00$ - Relação entre distress psicológico e resiliência: $\beta = -.35, p < .001$ - Maior resiliência foi preditora estatisticamente significativa de menos sintomas depressivos, menos ansiedade e menos distress psicológico geral
3	-Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)	NSA	NSA

	<ul style="list-style-type: none">- As classificações foram somadas com pontuações mais altas, refletindo um aumento da ansiedade - Patient Health Questionnaire (PHQ-9) - As classificações foram somadas com pontuação mais alta refletindo o aumento dos sintomas depressivos		
4	<p>- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS-M)</p> <p>- A pontuação máxima separadamente para a ansiedade (7 questões) e depressão (7 questões) é de 21 pontos, adotando-se a seguinte interpretação:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Sem transtornos: 0-7 pontos2) Estados limítrofes: 8-10 pontos3) Transtornos: 11-21 pontos	NSA	NSA

<p>5</p>	<p>-Brief Symptom Inventory (BSI-18)</p> <p>- A soma das pontuações da subescala de depressão do BSI-18 teve um intervalo total de 0 a 24</p> <p>- A escala foi utilizada como resultado para modelos de regressão linear; portanto, nenhuma nota de corte foi aplicada</p>	<p>- German version of the Brief Resilience Scale (BRS)</p> <p>- Pontuações mais altas indicam maior resiliência</p> <p>- Classificaram-se como:</p> <p>1) 1,00-2,99 - baixa resiliência</p> <p>2) 3,00-4,30 - resiliência normal</p> <p>3) 4,31-5,00 - alta resiliência</p>	<p>- Constatou-se que a resiliência, tanto normal quanto alta, é um preditor estatisticamente significativo de menos sintomas depressivos</p> <p>Correlação entre saúde mental e resiliência:</p> <p>Resiliência Normal $\beta = -0,203$</p> <p>Resiliência Alta $\beta = -0,308$</p>
<p>6</p>	<p>- 7-Item Hospital Anxiety and Depression Subscale (HAD-S)</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação mínima e máxima</p>	<p>-10-Item Perceived Self-Efficacy Scale</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)</p> <p>Nota: A autoeficácia atua neste estudo como as crenças que os indivíduos têm nas suas capacidades, para exercer controlo sobre situações desafiantes e acerca do seu próprio funcionamento, atuando como moderadora da resiliência</p>	<p>- Verificou-se que a autoeficácia é preditor significativo da depressão</p> <p>Relação entre saúde mental e autoeficácia: $\beta = -,13$</p>
<p>7</p>	<p>-Psychological Well-Being Scales</p> <p>- Hospital Anxiety and Depression Scale</p> <p>- Ambas as escalas foram pontuadas numa escala Likert de 7 pontos, variando de 1 (nunca) a 7 (sempre)</p>	<p>- Brief Resilient Coping Scale</p> <p>- Os itens são cotados com base numa escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (nada) a 5 (muito)</p>	<p>- Verificou-se uma associação positiva moderada entre a resiliência e o bem-estar psicológico (variam no mesmo sentido): $r = ,54$</p> <p>- Constatou-se uma associação negativa fraca entre a</p>

	Nota: foi utilizado o indicador global da HADS e não os scores de ansiedade e depressão		resiliência e o distress emocional: $r = -,21$
8	-Adapted version of the two-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-2) - Não existe informação sobre a pontuação mínima e máxima	NSA	NSA
9	-Depression, Anxiety, and Stress Scale 21-item Arabic version (DASS-21) - Cada uma dessas três pontuações (depressão, ansiedade e stress) varia entre 0 e 21, com pontuações mais altas indicando níveis mais elevados de sintomas	- Arabic version of Connor-Davidson Resilience Scale-10 (CD-RISC-10) - A pontuação total varia entre 0 e 40, com pontuações mais elevadas a indicar uma maior resiliência	- Verificou-se uma associação estatisticamente significativa negativa fraca entre depressão e resiliência Correlação entre depressão e resiliência: $\rho = -,38, p = ,01$ - Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre ansiedade e resiliência Correlação entre ansiedade e resiliência: $\rho = -,24, p = ,274$ - Correlação entre stress e resiliência: $\rho = -,04, p = ,011$ - Verificou-se uma associação negativa fraca entre resiliência e stress
10	- The Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) - A DASS é composta por 21	- The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) -O CD-RISC é composto por	- Correlação entre depressão e resiliência: $r = -,05$

	<p>itens, classificados numa escala Likert de 4 pontos</p> <p>- Uma pontuação mais alta indica uma maior prevalência de sintomas</p>	<p>25 itens, classificados numa escala Likert de 5 pontos</p> <p>- Uma pontuação mais elevada indica um maior nível de resiliência</p>	<p>- Correlação entre ansiedade e resiliência: r= -0,14</p> <p>- Correlação entre stress e resiliência: r= -0,13</p> <p>-Verificou-se correlação fraca e negativa, estatisticamente significativa, entre os três indicadores de saúde mental e resiliência (variam em direções contrárias)</p>
11	<p>- 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</p> <p>- 7-item Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)</p> <p>- Short Health Anxiety Inventory (SHAI)</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação mínima e máxima</p>	<p>- 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC)</p> <p>- Não existe informação sobre a pontuação (inclusive mínima e máxima)</p>	<p>- Níveis mais altos de distress são preditores de uma menor resiliência (OR: 0,83, IC 95%: 0,79–0,86 x2 (1) = 77,26, p < 0,001)</p> <p>- A resiliência revelou-se significativa, de modo que o aumento da resiliência foi associado a menores chances de se sentir distress, quando em comparação com indivíduos com menor resiliência (OR: 0,87, 95% CI: 0,83-0,91, x2 (1) = 38,66, p< 0,001)</p>
12	<p>- Versão Turca da Escala World Health Organization Quality of Life- BREF (WHOQOL-BREF-TR)</p> <p>- São aqui calculadas as pontuações das dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, variando entre 0-100%</p> <p>- A qualidade de vida, aumenta à medida que a pontuação também aumenta</p>	<p>- Brief Resilience Scale (BRS)</p> <p>- O total de pontuação possível de se obter na escala varia entre 6 e 30</p> <p>- Uma pontuação mais alta indica níveis de resiliência psicológica mais elevados</p>	<p>- Relação entre saúde mental e resiliência: β=,090</p> <p>- A resiliência não tem um efeito estatisticamente significativo na dimensão mental da qualidade de vida (não há diferença estatística entre os grupos)</p>

Nota: apesar desta escala avaliar de um modo geral a qualidade de vida, tem uma dimensão que aborda a parte psicológica, pelo que foi esta a contemplada na seleção e análise do artigo

13	<p>-Perceived Stress Scale (PSS14)</p> <p>- A pontuação total (escala likert de 5 pontos) foi usada para avaliar o nível de stress dos participantes, com pontuações mais altas indicando um aumento do stress percebido</p>	<p>- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10)</p> <p>- Pontuações individuais (dos itens) e totais mais altas indicam maior resiliência</p>	<p>- Correlação entre stress e solidão: $\beta = -,55$</p> <p>- A resiliência emergiu como preditor estatisticamente significativo do stress</p>
-----------	--	--	---

NSA- Não se aplica

No que tange aos instrumentos de avaliação da resiliência, é evidente na Tabela 3 que houve um uso amplo da *Connor-Davidson Resilience Scale* ($N=4$), contando com apenas uma versão distinta (*Arabic Version*), tendo em conta a região onde os dados foram recolhidos e os instrumentos aplicados. Por outro lado, a *Brief Resilience Scale* (BRS) também foi utilizada várias vezes ($N=4$), com uma versão para a língua alemã (*German Version*).

Contudo, são quatro os artigos que não incluem a avaliação da resiliência, apesar de avaliarem a saúde mental. Por último, é de enfatizar o facto de serem incluídos como vertentes da resiliência a autoeficácia e o *coping* em dois artigos.

Numa análise mais minuciosa, verifica-se que a resiliência se revelou um preditor significativo de menor stress, sintomas depressivos, distress psicológico ou ansiedade ($N=4$). Mais concretamente, uma maior resiliência é preditora estatisticamente significativa, de menos sintomas depressivos ou ansiosos.

Por sua vez, as correlações negativas e fracas são aquelas que detêm mais incidentalmente a sua comparência na corrente revisão sistemática ($N=3$), o que significa

que quanto maiores os níveis de resiliência, menores os níveis de stress, ansiedade ou depressão vivenciados.

Numa outra vertente, verificam-se correlações positivas ($N=1$), onde o aumento da intensidade de resiliência está associado, a um aumento ou melhoria na saúde mental dos indivíduos.

No que concerne a relação entre saúde mental, solidão e resiliência, esta é focada na Tabela 4.

Tabela 4. *Caracterização da Relação entre Saúde Mental, Solidão e Resiliência nos Estudos Incluídos ($N=13$)*

Nº	Relação entre Saúde Mental, Solidão e Resiliência
1	NSA
2	NSA
3	NSA
4	NSA
5	- A análise de regressão múltipla permitiu verificar que a resiliência e a solidão são preditores estatisticamente significativos de sintomas depressivos - Também se verificou, com testes ANOVA, que a resiliência foi ligeiramente mais elevada nos grupos de pessoas sem solidão ($M = 3.61$ e 3.59) em comparação com os grupos de pessoas com solidão ($M = 3.40$ e 3.30) - Igualmente, a depressão foi consideravelmente mais elevada nos grupos de pessoas com solidão ($M = 3.28$ e 3.47) em comparação com os grupos de pessoas sem solidão ($M = 1.08$ e $M = 1.26$)
6	NSA
7	NSA
8	NSA
9	NSA
10	NSA
11	NSA
12	- A dimensão mental da qualidade de vida, como variável dependente, permitiu verificar que apenas a solidão foi um preditor estatisticamente significativo de saúde mental - A solidão, e não a resiliência, tem um efeito estatisticamente significativo na dimensão mental da qualidade de vida
13	NSA

NSA- Não se aplica

Num panorama geral, consegue identificar-se que grande parte dos artigos não integram a análise da relação entre saúde mental, solidão e resiliência ($N=11$), havendo apenas dois que exploram a existência dessa relação.

Nesta linha de pensamento, compreende-se que a resiliência e a solidão são preditores estatisticamente significativos de sintomas depressivos, levando a que a existência de variações quer na resiliência como na solidão possam prever algo naqueles que são os sintomas percecionados (Müller et al., 2021).

Noutra instância, é de referir que apenas a solidão possui um efeito estatisticamente significativo na dimensão mental dos participantes, pelo que a mesma atua como um preditor estatisticamente significativo de saúde mental, ao contrário da resiliência (Savci et al., 2021).

Discussão

Ao refletir-se quanto aos resultados obtidos nesta análise aos diferentes artigos incluídos na revisão, destaca-se que, durante os anos de 2020 e 2021, existiu uma grande produção de estudos que englobaram a temática da saúde mental, solidão e resiliência na população idosa em tempos de pandemia.

Isto pode ser explicado por ser neste período temporal que houve uma crescente preocupação ou interesse por parte da comunidade científica em investir no estudo deste tema, dadas as características da pandemia e as medidas implementadas para controlar a mesma, que poderiam fazer supor que as relações entre as variáveis constatadas antes da pandemia se mantivessem e até intensificassem, com implicações em termos de saúde pública.

Ulteriormente à sumarização e análise crítica dos resultados emergentes no vasto conjunto de estudos selecionados na presente revisão sistemática de literatura, inferiu-se que os dados vigentes, provenientes da avaliação da saúde mental, solidão e resiliência, com desenvolvimento após o começo da pandemia COVID-19, são relativamente consensuais.

Nesta revisão foram incluídos 13 estudos, que apresentaram resultados relativos à avaliação da solidão, saúde mental e resiliência. De um modo geral, os instrumentos de avaliação das variáveis em estudo, foram maioritariamente circunscritos a instrumentos comuns e/ou amplamente usados, como é o caso da Connor-Davidson Resilience Scale e a Escala de Solidão da UCLA, ainda que em alguns casos foram utilizados instrumentos desconhecidos pela investigadora como por exemplo a Loneliness Scale for Elderly (LSE).

A avaliação da saúde mental foi feita sobretudo com o uso da Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmond e Snaith ($N=3$) e do Patient Health Questionnaire-9 de Kroenke ($N=3$), contando com apenas uma adaptação para a versão arábica na HADS.

A escala GAD-7 General Anxiety Disorder de Spitzer, Williams, Kroenke e outros colaboradores, foi igualmente adaptada ($N=2$), sofrendo algumas modificações nomeadamente na redução das opções de resposta, na versão GAD-2 ($N=1$).

Os restantes instrumentos de saúde mental denotaram-se como heterogéneos, indicando a abundância e pluralidade de instrumentos para avaliar esta variável.

Contudo, estudos pré pandémicos, como o de Wilson et al. (2007) e Cacioppo et al. (2006), dão preferência a instrumentos de avaliação mais extensos como é o caso da CES-D (*Center for Epidemiological Studies- Depression Scale*), que tem como desígnio principal a medição de níveis atuais de sintomas depressivos, com a vantagem de poder ser autoaplicada.

Porém, Valada (2011) utiliza, à semelhança de estudos com incidência na pandemia, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), mas na Versão Portuguesa de Barreto et al. (2003), utilizada para rastreio de depressão, avaliação de aspetos cognitivos e comportamentais, tipicamente afetados na população geriátrica.

É ainda de referir que a opção por instrumentos de diferentes extensões pode ter sido motivada por diversos razões, nomeadamente o modo de recolha de dados e a extensão total do protocolo de avaliação.

Quanto à solidão, em quatro estudos foi empregue a *UCLA Loneliness Scale* de Russel, Peplau e Cutrona, na sua versão original. As restantes três investigações em que foi avaliada a solidão utilizaram adaptações da UCLA, (Dziedzic et al., 2021; Polenick et al., 2021; Sams et al., 2021), enquanto apenas uma recorreu a um outro instrumento: *Loneliness Scale for Elders* (Savci et al., 2021). Este uso frequente da Escala da UCLA sugere, por um lado, uma reduzida diversidade de meios de avaliação do construto, por outro, maior robustez dos resultados obtidos.

Sem embargo, o contrário é verificado em estudos prévios à pandemia COVID-19, onde a solidão é avaliada no estudo de Wilson et al. (2007) com o auxílio da *De Jong Gierveld Loneliness Scale*, que na sua versão original é composta por 11 itens e na

versão adaptada por 6 itens, apesar de neste estudo em específico haver a preferência pela escala original.

No que corresponde à resiliência, a *Brief Resilience Scale* de Smith e colegas, foi aplicada na sua versão original em três estudos, enquanto um estudo (Muller et al., 2021) optou por reduzir ou adaptar a escala, quer conforme o país onde a investigação está inserida ou conforme seja mais conveniente para a amostra.

A par disto, a *Connor-Davidson Resilience Scale* de Connor e Davidson contou identicamente com três aplicações, sofrendo, noutra estudo (Ouanes et al., 2021), uma transposição para a língua árabe ($N=1$).

Assim, os resultados sugerem que os instrumentos de avaliação da resiliência são ainda escassos ou pouco variados, talvez por este construto ser relativamente recente e não tão profusamente estudado.

O referido anteriormente vem ser contestado por MacLeod et al. (2016) e Valada (2011), ao empregarem ou darem preferência a escalas dissemelhantes, tal como a Escala de Resiliência para Adultos (RSA). A Escala de Resiliência para Adultos (RSA) difere essencialmente das que se encontram nesta revisão sistemática, por ter o objetivo de avaliar a resiliência apenas entre adultos, com focalização no seu contexto de trabalho.

A respeito da metodologia, denota-se que na somatória dos artigos desta revisão sistemática, não existe relato de intervenções que não incluam resultados qualitativos e quantitativos, limitando-se a métodos não-interventivos, com a caracterização das variáveis em estudo, verificando a relação existente entre estas e/ou restantes variáveis, hegemonicamente com técnicas quantitativas. Importante será clarificar que não foram excluídos estudos que recorreram a técnicas de avaliação qualitativas.

Em relação à amostra, torna-se compreensível uma hegemonia das dimensões das amostras na corrente revisão, que eram essencialmente constituídas por senescentes. O sexo feminino teve grande destaque nos artigos focados na pandemia, com a sua prevalência e supremacia nas várias amostras, comparativamente ao sexo masculino.

Isto vai ao encontro de artigos ante pandémicos, com amostras predominantemente femininas, demonstrativas de uma superioridade numérica de idosas em relação aos

idosos, como é o caso dos estudos de Cacioppo et al. (2006), Paúl e Ribeiro (2009), Valada (2011) e Wilson et al. (2007).

No que se refere aos resultados da relação entre as variáveis (saúde mental, solidão e resiliência), visíveis ao longo desta revisão sistemática e consequente influência (potencial) da COVID-19, percebe-se uma limitada análise da relação entre estes três construtos ($N=2$), em oposição às relações entre saúde mental e solidão ($N=7$) ou saúde mental e resiliência ($N=9$), que apresentam uma maior comparência.

O estudo de Wilson et al. (2007) mostra que o facto de a solidão ser estudada presta diretamente um contributo para a explicação da saúde mental em idosos, denotando a solidão como um fator de risco para o surgimento de sintomas depressivos ou ansiosos mais elevados.

Há assim uma convergência com o que foi verificada por Shrira et al. (2020), que afirmam que a solidão é o preditor estatisticamente mais forte de ansiedade e depressão, predizendo assim a influência negativa da solidão em determinados construtos psicológicos ou psiquiátricos.

Contraditoriamente a isto, Polenick et al. (2021) afirmam que a ansiedade e depressão não foram preditores estatisticamente significativos de solidão, não ocorrendo uma interferência da solidão na depressão ou ansiedade.

Porventura, Paúl e Ribeiro (2009) realçam a relação entre solidão e saúde mental, evidenciando que o sentir-se sozinho torna a pessoa mais propícia ao desenvolvimento de patologias físicas ou psicológicas.

Em tom de consonância, Creese et al. (2020) validam o achado anterior, fundamentando que grupos de pessoas que experienciam solidão têm uma probabilidade aumentada de desenvolverem depressão ou ansiedade, ou seja, doenças do foro mental, quando em comparação com grupos de pessoas que nunca experienciaram solidão. Orhan et al. (2020) certificam também esta linha de raciocínio, explicando que as pessoas com sintomas psiquiátricos têm uma solidão acrescida, sendo que, em comparação com pessoas sem sintomas psiquiátricos, possuem uma maior probabilidade de dispor de solidão.

Já Cacioppo et al. (2006), apuraram que uma maior intensidade de solidão está correlacionada com níveis mais elevados de sintomas depressivos, diminuindo o bem-

estar-psicológico dos senescentes. Shrira et al. (2020) vêm dar o seu contributo, certificando, à semelhança dos autores anteriores, que o aumento da solidão eleva os níveis de ansiedade e depressão que os participantes possam sentir.

Uma constatação destes resultados é também tida em conta por Dziedzic et al. (2021), elucidando acerca da existência de uma correlação positiva, ainda que fraca, entre a solidão e a depressão, significando isto que maiores níveis de solidão estão correlacionados com um aumento substancial de sintomas depressivos.

No entanto, noutra vertente deste mesmo estudo (Dziedzic et al., 2021), há a aparição de uma correlação negativa fraca, entre a solidão e ansiedade, o que demonstra que níveis mais elevados de solidão significam níveis mais baixos de ansiedade, pelo motivo de que a investigação foi levada a cabo num período inicial de pandemia.

No tocante às investigações antes da pandemia acerca da resiliência, há evidências de que quanto maiores forem os níveis de resiliência experienciados pelos idosos, melhor será a saúde mental dos mesmos (MacLeod et. al., 2016), predizendo um surgimento de menos sintomas depressivos, menos ansiedade e menos distress psicológico em geral (Röhr et al., 2020) e consequentemente um bem-estar psicológico mais favorável (Pérez-Rojo et al., 2021).

Apesar disso, o estudo de Ouanes et al. (2021), demonstra uma associação negativa entre resiliência e a depressão, ou seja, o aumento da depressão está associado a uma diminuição da resiliência, quer por assegurar a inexistência de uma associação entre ansiedade e resiliência e uma associação negativa fraca entre resiliência e stress (níveis mais elevados de stress estão associados a níveis diminutos de resiliência).

No seu estudo, Valada (2011) apura que a resiliência tem um valor preditivo no domínio psicológico dos sujeitos, indo ao encontro de Müller et al. (2021), que salientam que a resiliência é preditora estatisticamente significativa do aparecimento de sintomas depressivos. Pelo contrário, Sams et al. (2021) asseveram que níveis mais altos de distress são preditores de uma menor resiliência.

Por fim, no que diz respeito à ligação entre as três variáveis em estudo (saúde mental, solidão e resiliência), observa-se que são escassos os estudos que analisem a relação entre estas, quer antes da pandemia como durante a mesma.

Nesta vertente, como indagado previamente, apenas dois dos 13 estudos pandémicos realçaram algum tipo de associação entre estes construtos, compreendendo-se que, quando esta existe, as variações na resiliência e na solidão, predizem os sintomas psicológicos percebidos.

Noutra instância, a resiliência diminuiu quando os indivíduos sentem solidão, o que vai aumentar o prevaecimento de patologias ou sintomas do foro psicológico ou mental. Esta relação entre as variáveis não conseguiu ser verificada em nenhum dos artigos antecedentes á pandemia, pelos estudos não estudarem tal relação. No entanto, houve um interesse ainda que muito limitado por estas variáveis, aquando do surgimento da COVID-19.

Tendo em vista os resultados que se obtiveram ao longo desta revisão, seria particularmente adequado analisar estudos em outras línguas que não inglês, português e espanhol, estendendo a qualidade e quantidade de informação científica e aumentando a probabilidade de descoberta de estudos relevantes.

Sob outra perspetiva, a B-on, ainda que disponha de documentação científica de elevada qualidade, carrega consigo uma controvérsia na sua utilização, pelo facto de não poder ser utilizada de igual modo por todos os investigadores, devido a efeitos de subscrição ou assinatura.

Sugere-se assim que futuramente a continuação da presente revisão sistemática seja feita, incluindo estudos com línguas mais diversificadas e optando-se por outras bases de dados. Por último, seria importante verificar o que está ciente nesta revisão na população idosa portuguesa, permitindo avaliar e mensurar, com base nos instrumentos acima mencionados (ou noutros), as diversas dimensões objetivadas, contribuindo para se delinearem intervenções mais especializadas, ou mesmo para se prevenirem alguns tipos de comportamentos, cognições ou emoções.

Conclusão

Embora seja extremamente limitada, a evidência científica que permita relacionar a saúde mental com a solidão e resiliência em idosos, no âmbito da COVID-19, os resultados desta revisão determinam que o sentir solidão está associado a um aumento da suscetibilidade mental ou psicológica, enquanto experiência resiliência

associa-se a uma diminuição dos sintomas psicológicos ou psiquiátricos vivenciados pelos idosos.

Por outro lado, a pandemia de COVID-19 e as consequentes medidas de distanciamento físico e isolamento impostas, poderá ter levado a um aumento da solidão, com impacto sobre a saúde mental dos senescentes, ainda que em diversos casos o referido possa ser contornado com a existência da resiliência, que atua como uma estratégia de coping para se lidar com as adversidades físicas e psicológicas, decorrentes da situação pandémica.

A nível das limitações encontradas ao longo do estudo, verificou-se primeiramente de um modo geral, que um número parco de estudos (apenas dois) estudaram a relação entre as três variáveis, entendendo-se que a maioria dos artigos, utilizaram métodos semelhantes de avaliação das variáveis.

A inexistência da análise do risco de viés dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, é igualmente uma das limitações deste estudo, podendo quer comprometer a validade interna dos estudos, como levar a distorções nos resultados. Para além do mais, esta revisão não está registada e não foi preparado um protocolo, para além daquele que se encontra descrito no método.

Sugere-se assim que em estudos futuros, esta análise possa ser efetuada, preparando um protocolo mais conciso, para que haja uma confiança mais alicerçada nos resultados da própria revisão sistemática.

Apesar do termo “Young People”, não ter sido incluído, pela maioria das amostras identificadas se referissem maioritariamente a “Young People” em detrimento da população objetivada, os idosos, esta é uma das limitações deste estudo por implicar a perda de estudos.

Como tal, a inclusão deste termo em estudos futuros deverá ser considerada, podendo servir como auxílio para ser efetuada uma comparação entre estes grupos etários distintos, compreendendo os efeitos que a pandemia COVID-19 teve em cada um deles.

Não obstante, os resultados indicaram que uma elevação nos níveis de solidão poderá estar associado a uma diminuição da sintomatologia ansiosa ou depressiva, como é o caso do estudo de Dziedzic et al. (2021).

Neste sentido, as diferenças nos resultados e nas análises, pré e durante a pandemia, podem ser provenientes das metodologias empregues, pois denota-se que a aplicação dos métodos de avaliação em épocas temporais diferentes e o modo de analisar os dados, pode patentear resultados discrepantes e reflexões contraditórias.

Os resultados pandémicos convergem em grande parte com o que se encontrou na literatura ante pandémica, percebendo-se numa primeira vertente que a solidão é um preditor de sintomas depressivos, ansiosos ou de stress dos participantes idosos, limitando o seu bem-estar psicológico geral. Numa segunda vertente, a resiliência associa-se a um aumento da saúde mental dos indivíduos, destacando-se como um preditor significativo do bem-estar psicológico da população idosa.

Tendo tudo isto em conta, é preciso continuar a investigação, de modo a serem identificados métodos de intervenção eficazes e custo efetivos como forma de aumentar a resiliência, diminuir a solidão e promover a saúde mental. Assim, face aos resultados encontrados seria ideal a busca por estratégias de intervenção eficazes, com objetivação de uma melhoria da saúde mental dos idosos, considerando todos os aspetos provenientes da pandemia.

Urge, então continuar esta linha de investigação, seguindo as propostas apresentadas, pelo que a reduzida presença de estudos em Portugal, relativamente à temática em apreço, comprova a necessidade de serem gerada novas investigações, com a finalidade de se entender, após dois anos de pandemia, os seus efeitos na população idosa, que progressivamente vão aumentando no panorama português.¹

¹ As referências bibliográficas relativas a cada secção da dissertação aparecem no final da mesma.

Capítulo II

Saúde Mental e Solidão de Idosos durante a Pandemia COVID-19 em Portugal

Resumo:

Introdução: Com a situação pandémica atual há uma presença cada vez mais elevada de sintomatologia depressiva e ansiosa, levando a níveis mais baixos de saúde mental, componente importante do envelhecimento. Por outro lado, o isolamento decorrente das medidas de restrição, resultou numa maior solidão entre os senescentes. **Objetivos:** Caracterizar a solidão de uma amostra de idosos a viver em Portugal; caracterizar a sua saúde mental; perceber em que medida os participantes consideram que a COVID-19 influenciou a sua solidão e saúde mental; explorar a relação entre solidão e saúde mental. **Método:** O *Mental Health Inventory-5* (MHI-5) e a Escala de Solidão da UCLA (*UCLA Loneliness Scale*) foram administrados, em contexto presencial, num lar de longa permanência e divulgados através das redes sociais a 203 idosos com residência em Portugal. **Resultados:** A amostra demonstrou valores baixos de solidão, juntamente com valores médios saúde mental, tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre estas duas variáveis: valores mais elevados de solidão estão associados a valores mais baixos de saúde mental. Além disto, constatou-se que a solidão atuou como um preditor de saúde mental. Verificou-se, igualmente, que os participantes consideraram que a pandemia não levou a alterações na forma como se sentiram. Todavia compreende-se que o isolamento se associou a valores mais baixos de saúde mental e a valores médios de solidão mais elevados. Por outro lado, o contacto com os familiares ou amigos durante o isolamento, associou-se a valores de saúde mental ligeiramente mais elevados e valores médios de solidão ligeiramente mais baixos. **Conclusão:** Ainda que os resultados não sejam preocupantes e revelem que os participantes não consideravam que a COVID-19 tivesse influenciado a forma como se sentiram, eles sugerem que a prevenção da solidão poderá salvar-se em melhor saúde mental dos idosos.

Palavras-Chave: Idosos; Saúde Mental; Solidão; COVID-19.

Abstract:

Introduction: With the current pandemic situation, there is an increasing presence of depressive and anxious symptoms, leading to lower values of mental health, an important component of aging. On the other hand, the isolation resulting from the restriction measures resulted in greater loneliness among the senescent. **Objectives:** To characterize the loneliness of a sample of elderly people living in Portugal; characterize their mental health; understand to what extent participants consider that COVID-19 has influenced their loneliness and mental health; explore the relationship between loneliness and mental health. **Method:** The Mental Health Inventory-5 (MHI-5) and the UCLA Loneliness Scale (UCLA Loneliness Scale) were administered, in a face-to-face context, in a long-term care home and shared through social networks to 203 elderly people living in Portugal. **Results** The sample showed low values of loneliness, along with average values of mental health, and statistically significant relationships were found between these two variables: higher values of loneliness are associated with lower values of mental health. In addition, loneliness was found to act as a predictor of mental health. It was also found that the participants considered that the pandemic did not lead to changes in the way they felt. However, it is understood that isolation was associated with lower values of mental health and higher average values of loneliness. On the other hand, contact with family or friends during isolation was associated with slightly higher mental health scores and slightly lower mean loneliness scores. **Conclusion:** While the results are not worrying and reveal that the participants did not consider that COVID-19 had influenced how they felt, they suggest that preventing loneliness could result in a better mental health of the elderly.

Keywords: Elders; Loneliness; Mental Health; COVID-19.

Introdução

1. Caracterização da Saúde Mental

Durante um elevado período de tempo, a saúde física e a saúde mental, conceptualizaram-se consoante o modelo biomédico, sendo ambas vistas meramente como a ausência de doença, equiparando-se o ser humano a uma máquina e a doença a uma avaria (Santos, 2011).

Todavia, a saúde mental não existe por si só, mas sim, como uma parte integrante e elementar da saúde em geral, que pode ser definida, segundo Lahtinen et al. (1999), de três formas: como a ausência de doença; como um estado de equilíbrio dentro de si, com os outros e com o ambiente físico à sua volta; e, por fim, como um estado do organismo que permite um desempenho integral de todas as funções vitais.

Não obstante, a definição de saúde mental nunca foi um processo fácil ou consensual, pelo facto do próprio conceito de saúde ter uma natureza agudamente extensa e ampla (Alves & Rodrigues, 2010), que abrange a sociedade em geral, dificultando a separação deste conceito com o de saúde mental, que cada vez se torna mais indispensável para o bem-estar dos indivíduos (Gomes, 2008).

Por seu turno a saúde mental pode também ser considerada como uma componente relevante do envelhecimento, na medida em que as mudanças que ocorrem nas várias áreas de vida dos idosos podem gerar prejuízos no bem-estar mental dos mesmos, representando um problema de saúde pública (Falcão & Araújo, 2018).

Num estudo longitudinal, para avaliar a incidência e posteriores fatores de risco de depressão e ansiedade, Samuelsson et al. (2005) destacaram que havia uma maior incidência entre os indivíduos com 67 a 81 anos de idade, sendo a principal razão apontada a ocorrência de um evento stressante.

A par disso, outro estudo, levado a cabo na China, apontou que sujeitos com mais de 60 anos apresentavam maiores pontuações para ansiedade, depressão e stress, por estarem incluídos no grupo de risco devido à COVID-19 (Qiu et al., 2020).

Contudo, a definição de saúde proposta pela OMS, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”, representa a rutura com aquilo que era defendido no modelo biomédico, incluindo

aspectos psicológicos e sociais, ao mesmo tempo que os junta à dimensão biológica (OMS, 2018, pp.1.).

Então, a saúde passa a ser percebida não só pela ausência de doença, mas por um bem-estar, derivado da avaliação individual que cada sujeito faz acerca de si próprio, desenrolando-se uma situação de interdependência, entre os componentes físico, mental e social, no que toca à manifestação de saúde (Mandim, 2007). Denota-se com esta definição que a saúde passa a ser observada pela presença de determinadas características, ou seja, pela positividade e não pelo absentismo de atributos de saúde (Mandim, 2007).

Todavia, Ribeiro (2001) constatou que durante vários anos houve a tendência para a saúde mental ser contextualizada com base numa perspetiva psicopatológica, sendo que só a partir da década de setenta se passou a separar a doença mental e a psiquiatria da saúde mental, numa ótica mais positiva.

Foi esta separação que motivou a pertinência da avaliação da saúde mental nos indivíduos, quer no domínio patológico, quer no estado de bem-estar psicológico, que vai ao encontro da definição conceptualizada pela OMS (Ribeiro, 2001).

Por este ângulo, procedeu-se à criação de instrumentos que tivessem como intuito, quer a avaliação de sintomas psicossomáticos e outros problemas de saúde, além de possíveis alterações comportamentais e psicofisiológicas, como é o caso da ansiedade e da depressão (Ribeiro, 2001). Por outro lado, numa vertente mais positiva, a avaliação do bem-estar psicológico, deverá constituir-se como o outro alvo de avaliação no contexto de saúde mental (Milheiro, 2001).

Há assim uma convergência com Fragoeiro (2008), que sugere que a saúde mental seja avaliada de acordo com duas vertentes: o bem-estar psicológico, que comporta um afeto positivo geral e laços emocionais; e o distress psicológico, que engloba a ansiedade, depressão e a perda de controlo emocional e/ou comportamental. Esta estrutura previamente referida de avaliação é segundo Ribeiro (2001), relevante, pois constituiu-se como o ponto de partida para a criação do Inventário de Saúde Mental.

Numa outra perspetiva, Korkeila (2000) propôs igualmente o seu conceito de saúde, tendo em conta duas dimensões: uma positiva e outra negativa. Nesta

conceção, pessoas com saúde mental positiva externalizam normalmente um afeto positivo e traços de personalidade positivos. Por outro lado, uma saúde mental negativa, faz alusão à patologia mental, sintomas e problemas associados, estando a mesma diretamente relacionada com o distress psicológico.

Paralelamente a isto, há a consideração da saúde mental como um constituinte elementar da saúde em geral, concebendo a mesma, como uma consequência primeiramente, de fatores predisponentes, entre os quais, a hereditariedade e as experiências vividas na infância; seguindo-se de fatores precipitantes, como é o exemplo dos acontecimentos marcantes de vida nomeadamente o falecimento de um ente querido, divórcio ou desemprego; e por último, do contexto social e do que se experienciou (Lahtinen et al., 1999).

Nesta visão, a saúde mental positiva é retratada como a habilitação para entender, compreender e conseqüentemente interpretar o meio no qual o indivíduo está envolvido, de maneira a viabilizar a sua adaptação e integração concreta, enquanto a saúde mental negativa está ligada a diversas patologias mentais e com as suas inúmeras consequências (Lahtinen et al., 1999).

A incumbência de definir-se saúde mental é, deste modo, percecionada como difícil, por implicar um envolvimento de aspetos subjetivos dos sujeitos, como por exemplo: processos psicológicos do pensamento, emoções, sentimentos e necessidades (Zikmund, 2001). Para além do mais, muitos dos modelos ou definições de saúde mental, apenas englobam uma parte da mesma, não sendo esta apreciada na íntegra, apreendendo esta situação como algo reducionista e não holística da designação de saúde mental (Vaillant, 2003).

Em conclusão, a saúde mental deve ser uma preocupação geral da população, pelo facto dos problemas de saúde mental, afetarem fortemente a sociedade como um todo e não apenas as pessoas, que sofrem de algum tipo de transtorno mental. Compreende-se que não há imunidade para o desenvolvimento de um transtorno mental, constituindo isto como um grande desafio, pelo que se torna cada vez mais evidente que a saúde mental é capital, para haver um bem-estar generalizado da população e subsequentemente do país (Gomes, 2008).

Nesta perspetiva, dada a prevalência de problemas de saúde mental na população portuguesa, com inclusão dos idosos, há a necessidade urgente de ser gerada uma

estratégia generalista, na qual seja integrada a saúde mental. Tendo isto em conta, a evidência científica e o conhecimento proveniente da mesma, nesta área em concreto, deverão servir de suporte para a promoção e prevenção em saúde mental (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019).

No entanto, existe ainda uma negligência ou desvalorização deste construto, havendo a necessidade gradual de ser feita uma promoção da saúde mental, menorizando o sofrimento humano e diminuindo a incidência e prevalência de perturbações mentais e comportamentais, objetivando, desta forma, uma melhoria progressiva na qualidade de vida das populações (Gomes, 2008).

Face a isto, as investigações em saúde mental deverão ser cada vez mais apoiadas e frequentes, quer para aumentar a perceção acerca da mesma, como para identificar áreas, que possam deter uma maior vulnerabilidade e ir ao encontro de fatores protetores (CNS, 2019)

2. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental

A COVID-19, identificada em dezembro de 2019, originou uma pandemia global, com impactos multidimensionais na população mundial (Vieira 00& Granja, 2020). Neste sentido, derivadas da estabilidade instalada, surgiram diversas alterações psicológicas, entre as quais, depressão, stress, ansiedade e preocupação exacerbada (Roychowdhury, 2019).

Com a progressão diária da COVID-19, há cada vez mais uma aproximação de uma crise iminente de saúde mental, contribuindo para o desenvolvimento em larga escala de doenças do foro psicológico e/ou psiquiátrico, o que demonstra um impacto psicológico absoluto da pandemia, na população em geral (Tandon, 2020).

No que concerne aos idosos, para além de integrarem o grupo de risco para a infeção pela COVID-19, são os mais afetados pelas medidas de restrição impostas, visto que por si só, já são mais propensos ao desenvolvimento de sentimentos de solidão e perturbações psicológicas (Liu et al., 2020). Por sua vez, o isolamento social, atua face ao que foi dito, como um fator de risco decisivo nas consequências geradas (Armitage & Nellums, 2020).

Desta maneira, pessoas com uma condição pré-existente no que concerne à saúde mental vêm-se perante um desafio acrescido, pela progressão árdua de

perturbações depressivas ou ansiosas, no âmbito da disseminação do vírus (Solé et al., 2021).

Além do mais, os pacientes com a infeção, experienciam diversas mudanças no que tange ao seu estado mental, podendo estas manifestarem-se em: depressão, ansiedade, insónias, delírios, perda de memória e falta de atenção ou concentração, para além de uma tristeza imensa e melancolia sucessiva (Baig, 2020; Li et al., 2020; Torales et al., 2020).

Paralelamente a isto, o próprio fenómeno de quarentena ou confinamento, engloba por si só inúmeras consequências psicológicas e disfuncionais para a saúde mental dos sujeitos, com efeitos a curto e longo prazo, como por exemplo: sentimentos de stress e raiva; falta de controlo; irritabilidade aumentada; frustração; confusão; desesperança e, por último, uma intensa exaustão emocional (Serafini et al., 2020).

De uma forma mais concreta e exemplificativa, alguns estudos desenvolvidos no âmbito da pandemia COVID-19 revelam que os períodos de isolamento ou as quarentenas, apesar de constituírem formas de conterem surtos epidémicos, tiveram um impacto imensamente negativo na saúde mental dos indivíduos (Brooks et al., 2020; Rogers et al., 2020).

À vista disso, os riscos associados ao isolamento social e à diminuição dos contactos com amigos ou familiares contribuem também, por si só, para níveis mais baixos de bem-estar mental da população (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018), na medida em que englobam repercussões disfuncionais no que tange à saúde mental dos indivíduos (Serafini et al., 2020), podendo desencadear o aparecimento de perturbações mentais (Ramírez-Ortiz et al., 2020) e o agravamento de patologias pré-existentes (Han & Mosqueda, 2020).

Neste ponto de vista, a exiguidade de contacto com os familiares ou pessoas significantes durante o isolamento social pode conduzir a uma vasta instabilidade psicológica, com implicações na qualidade de vida dos sujeitos e na probabilidade de incidência de sintomas pós-traumáticos (Bao et al., 2020). Este pressuposto vai ao encontro do estudo de Barron (1996), que constata que quanto menor for o apoio e contacto social, maior será a incidência de transtornos mentais.

É então expetável que, face à COVID-19, haja a presença de sintomas por exemplo, de stress, com um efeito na saúde mental dos indivíduos, com uma ocorrência mais visível e provável em sujeitos com historial de perturbação mental anterior (Hao et al., 2020).

Nesta linha de pensamento, estudos efetuados por diversos autores, desde o começo da pandemia, revelaram um aumento de sintomatologia depressiva e ansiosa, a par com um sofrimento psicológico e alterações nos indicadores de saúde mental e bem-estar (Bäuerle et al., 2020; Casagrande et al., 2020; Huang & Zhao, 2020). Todavia, ainda que estes estudos tenham sido desenvolvidos, usando metodologias, amostras e instrumentos distintos, são na sua completude congruentes na conclusão de que o contexto pandémico ocasionou graves problemas de saúde mental (Ren et al., 2020; Salari et al., 2020).

Por outro lado, é de realçar que a utilização de máscaras de proteção encerra em si também um estímulo ansiogénico, pelas cognições e perceções que a sua utilização pode desencadear, nomeadamente, o receio de contaminação e a descrença no grau de segurança contra a contração do vírus, que estas podem garantir (Wang et al., 2020).

Contudo, quando há a passagem e posterior enfrentamento de uma situação pandémica, a ocorrência de perturbações psíquicas e/ou fisiológicas são, de certo modo, inevitáveis, entendendo-se a necessidade de serem desenvolvidas e conseqüentemente estabelecidas diligências e alternativas com o intuito de aliviar qualquer desconforto gerado pela pandemia e assegurar ao mesmo tempo o bem-estar psicológico ou geral dos indivíduos (Viera et al., 2021).

Em virtude disso, os efeitos na saúde mental decorrentes desta pandemia prevêm-se como duradouros e efetivos, sendo fulcral uma atuação para prevenção dos danos psicológicos causados pela mesma (Chew et al., 2020). Esta prevenção pode ser levada a cabo mediante diversas medidas como: a identificação precoce dos grupos de risco; a melhoria dos apoios sociais e económicos; e uma maior facilidade de acesso aos serviços de saúde (Bäuerle et al., 2020; De Sousa et al., 2020).

Por conseguinte, pelo facto desta pandemia evidenciar o seu impacto considerável na saúde mental, é imprescindível reforçar a mesma entre a população, identificando numa fase prematura os indivíduos que estejam a desenvolver uma perturbação

psicológica, incidindo numa minimização dos efeitos que a mesma acarreta através de uma intervenção eficaz e especializada (Han et al., 2020).

Em suma, ter uma noção do que transcorre durante uma crise pandémica e das repercussões que esta envolve a nível da saúde mental é importante para uma preparação prévia, quer dos profissionais de saúde, como da população em geral (OMS, 2020).

3. Caracterização da Solidão

A solidão, engloba uma experiência desagradável, que tem lugar quando a rede de relações sociais de um indivíduo, denota-se como deficitária em algum aspeto, de grande relevância para o mesmo (Jong-Gierveld, 1987).

Por outro lado, a solidão, refere-se a um sentimento complexo, multidimensional e subjetivo, que é decorrente da perceção maioritariamente negativa, associada à escassez de suporte social (Cacioppo & Cacioppo, 2014).

O envelhecimento populacional, cada vez mais crescente e prevalente entre a população portuguesa, ao longo das últimas décadas, trouxe consigo algumas consequências, como é o caso do isolamento e da solidão (Freitas, 2011).

É então possível constatar-se que a senescência compreende uma maior vulnerabilidade para ser experienciada solidão, podendo afetar quer a sua saúde como a sua segurança (Freitas, 2011), o que vai de acordo com o estudo de Walker (1996), que comprova que entre 10 e 14% das pessoas idosas confessam sentir algum tipo de solidão.

Não obstante, as expectativas que cada idoso possui em relação aos seus contactos sociais, vão determinar diretamente os seus sentimentos de solidão, caracterizando estes sentimentos como subjetivos e relacionados com a qualidade da interação social, ao invés da quantidade de contactos ou interações que são estabelecidos (Freitas, 2011).

Em termos mais gerais, a solidão pode ser definida pela ausência afetiva do outro, estando assim intimamente ligada, com a sensação incómoda de se estar só, exprimindo que apesar da outra pessoa poder estar perto de outras a nível espacial ou geográfico, não persiste qualquer aproximação psicológica, o que vai evidenciar uma falta crescente de interação e ligação emocional (Moreira & Callou, 2006).

Noutra instância, Weiss (1973) salienta que a solidão, é tida como um estado que tem lugar pela discrepância entre o sujeito e as suas relações sociais, podendo ser dividida em dois subtipos: a solidão emocional e a solidão social.

A solidão emocional ocorre quando uma pessoa sente falta de relações pessoais e íntimas na sua vida, referindo-se na generalidade à ausência de figuras íntimas, sendo extremamente difícil atenuar esta solidão, por ser das que mais causa aflição e angústia.

No que concerne à solidão social, esta sucede quando há a saudade de pertença a uma comunidade ou a falta de serem estabelecidos laços sociais, reforçando a ausência de uma rede social ampla, levando ao desenvolvimento de sentimentos de rejeição, falta de aceitação e descontentamento (Weiss, 1973).

Por outras palavras, Russel et al. (1984), mencionam que a solidão social reflete uma carência a nível afetivo, enquanto a solidão emocional remete à falta de uma pessoa para se estabelecerem relações de intimidade, havendo em comum entre ambas o mal-estar generalizado que é causado ao indivíduo.

Apesar da tentativa efetivada por vários autores em tentar definir solidão, assume-se que este conceito por si só tem um carácter imensamente intuitivo para a maioria dos sujeitos, ou seja, mediante a situação em que cada pessoa se encontra, só esta consegue constatar o seu estado do solidão, refutando a crença de que solidão é somente estar-se sozinho (Neto, 2000).

Ainda que em várias ocasiões seja viável associar-se a solidão e o isolamento social, pode entender-se que estes não são sinónimos, o que intensifica a necessidade de serem distinguidos (Dykstra, 2009).

Assim, o isolamento remete para aquele que é o afastamento, tanto em termos físicos, como psicológicos, podendo instigar o aparecimento da solidão (Jong-Gierveld & Havens, 2004). Porventura, o isolamento social está concatenado com a quantidade e/ou frequência de contactos interpessoais desenrolados, pelo que alude à ausência objetiva de vinculações ou convivências (Jong-Gierveld & Havens, 2004).

Conclui-se, então, que a solidão, apesar de ser um sentimento com o qual nos deparamos ao longo da vida, pode traduzir-se numa experiência dolorosa, ocorrendo em grande parte quando as relações sociais são inadequadas (Neto, 2000).

Com isto, há uma afetação das atividades de vida diárias e da qualidade de vida da população geriátrica, podendo levar, em casos mais extremos, ao aparecimento de incapacidades ou patologias do foro mental (Lopes et al., 2009). Sob outra perspetiva, a solidão pode ser adaptativa e útil, por motivar a renovação das ligações sociais, promovendo a sobrevivência, a coesão e a vivência coletiva (Luo et al., 2012).

4. Impacto da COVID-19 na Solidão

Em Portugal, o primeiro confinamento teve lugar entre Março e Maio de 2020, com o intuito de desacelerar a propagação do surto SARS-CoV-2, sendo o distanciamento físico destacado como a melhor forma de prevenir a doença entre os indivíduos (Viera et al., 2020).

No entanto, as várias medidas adotadas, como, por exemplo, fecho de escolas, empresas e alguns serviços públicos, proibições de viagens, impedimento de visitas a instituições de longa permanência ou a hospitais, entre outros, alteraram drasticamente a vida das pessoas, impactando negativamente em aspetos físicos, psicológicos e sociais das mesmas (Xiong et al., 2020).

Por sua vez, a situação pandémica deu realce à população geriátrica, considerando-a como um dos grandes grupos de risco para esta infeção, quer pela sua vulnerabilidade exponencial, como por estarem sujeitos a um maior número de deteriorações, sequelas e uma elevada taxa de mortalidade pela COVID-19 (Silveira et al., 2020). Junto disso, a senescência é acompanhada pela diminuição das funções do sistema imunológico, desencadeando a probabilidade de ser aumentada a incidência e gravidade de doenças infecciosas, o que explica a atuação grave da COVID-19 entre estes sujeitos (Liu et al., 2020).

Sem embargo, a pandemia afastou as pessoas idosas dos seus familiares e das pessoas com quem tinham alguma convivência diária, entendendo-se que o isolamento social veio agudizar os sentimentos de solidão desta faixa etária em específico (Simões, 2021). O estudo de Freitas (2011) vem salientar o anteriormente explícito, referindo que quanto maior é a rede social, menor será a solidão vivenciada, enquanto, uma menor rede social é indicativa de uma solidão mais elevada.

Nesta perspetiva, o isolamento tem repercussões elevadas nos idosos, dando destaque aos idosos institucionalizados, que para além de lidarem com um afastamento

acrescido da vida social, viram-se circunscritos a maior parte do tempo aos seus quartos, com o cancelamento das atividades de grupo e a impossibilidade de visitas dos seus entes queridos. (Wang et al., 2020). Consequentemente e de acordo com Cabral et al. (2013), o isolamento social e a diminuição de contactos, relaciona-se diretamente com a solidão e ainda com o surgimento de doenças do foro mental.

Posto isto, uma das grandes consequências das medidas de combate à COVID-19 nos senescentes é sem dúvida o aumento dos níveis de solidão, com uma maior prevalência entre aqueles que vivem em instituições (Krendl & Perry, 2021).

É assim cada vez mais notório, o aumento da solidão com as medidas da COVID-19, nomeadamente o isolamento (Heidinger & Richter, 2020), apesar de que só recentemente estas considerações tiveram um aumento de relevância, passando a ser vistas como questões pertinentes na saúde em geral (Dahlberg, 2021).

Adicionalmente, os idosos com níveis mais avultados de solidão, aparentam ter uma menor resiliência, o que conduz a uma larga dificuldade no enfrentamento de situações desafiadoras ou exigentes (Beridze et al., 2020). Esta solidão que pode ser considerada indesejada e limitadora, poderá causar um impacto naquela que é a saúde mental e física dos idosos, afetando a qualidade de vida dos mesmos (Macdonald & Hurler, 2021).

Desta forma, a solidão impacta ainda a longo prazo na população sénior, indicando uma maior destabilização comportamental, com uma dificuldade em conseguirem controlar os seus comportamentos; uma gestão emocional mais fragilizada, onde as emoções e/ou sentimentos adjacentes do isolamento social, denotam-se como desequilibradas e instáveis, carecendo de grande atenção; e, por fim, uma diminuição das expectativas de vida ou motivações da pessoa idosa, que levam a uma descredibilização no futuro e uma insatisfação elevada para com a vida em geral (Sardella et al., 2021; Kotwal et al., 2021).

5. Relação entre Solidão e Saúde Mental

O crescimento contínuo da população idosa e o aumento da esperança média de vida leva ao surgimento de novos desafios, para se conseguir colmatar as necessidades sociais, psicológicas e físicas decorrentes do processo de envelhecimento. Mais concretamente, no que diz respeito à saúde mental, a solidão tem vindo a

identificar-se como o principal desafio ou problema desta faixa etária, causando à mesma um prejuízo funcional significativo (Tiikkainen & Heikkinen, 2005).

Desta maneira, pode verificar-se, com uma incidência cada vez mais aumentada, uma relação estreita entre a solidão e a depressão no âmbito da velhice (Savikko et al., 2005), com as situações de solidão e isolamento afetivo a determinarem, a manifestação de sintomas depressivos (Tortosa, 2002).

A solidão, no que lhe diz respeito, pode ser promovida pelo isolamento e diminuição de interações sociais (Monteiro & Neto, 2008), constituindo uma experiência psicologicamente perturbante para os idosos, na medida em que pode ter um papel de relevo na determinação da saúde mental dos mesmos, visto que esta faixa etária já é mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas de solidão e depressão (Armitage & Nellums, 2020).

Nesta perspetiva, um artigo de revisão elaborado por Luanaigh e Lawlor (2008), deu a conhecer que a solidão poderia explicar a saúde mental em idosos, visto que a mesma constitui um fator de risco para que níveis mais elevados de depressão se possam instalar.

Assim, existe uma influência recíproca entre a solidão e a sintomatologia depressiva, propondo-se que ambos os construtos, podem atuar sinergicamente na diminuição do bem-estar subjetivo dos idosos, com especial destaque entre aqueles que residem sozinhos (Killiç et al., 2014).

Estudos como o de Cacioppo et al. (2006) vêm confirmar o anteriormente referido, revelando que existe uma correlação significativa entre sentimentos de solidão e depressão, podendo concluir-se que níveis mais elevados de solidão estão associados a maiores níveis de depressão, o que realça a reciprocidade entre ambos.

Loades et al. (2020) vêm do mesmo modo comprovar que existe uma forte relação entre solidão e saúde mental: onde na sua revisão sistemática que incluiu 83 artigos e 51.576 indivíduos, apontaram que a solidão aumentou o risco de depressão e ansiedade, correlacionando-se com a saúde mental, na medida em que houve um aumento de sintomatologia.

Para além de ser um fator facilitador e proporcionador de sintomatologia depressiva, a solidão em adultos maiores pode ainda ocasionar o aumento de défices

cognitivos, como por exemplo a evolução dos estados demenciais, concluindo-se com isto que a solidão pode ser encarada como um marcador valoroso para o estado de saúde emocional, cognitivo, social e físico (Coleman & O’Hanlon, 2017; Donovan et al., 2017).

Em contrapartida, o isolamento social assume-se como um contratempo para a população geriátrica, especialmente em Portugal (Santos, 2021), onde uma grande pluralidade de idosos vivem sozinhos ou acompanhados por pessoas com idades semelhantes, agilizando o isolamento social ou a solidão (Vilar et al., 2014). Por outro lado, a diminuição dos contactos sociais e rede de suporte nos senescentes favorece este isolamento e instala sentimentos nocivos de solidão (Freitas, 2011).

Em virtude disso, consegue depreender-se que tanto a solidão como o isolamento social representam fatores de grande risco, quer para a saúde física, como para a saúde mental dos idosos, associando-se fortemente à diminuição da qualidade de vida dos idosos (Macdonald & Huler, 2021; Krendl & Perry, 2021).

Atendendo a isto, Krendl e Perry (2021) verificaram no seu estudo que a depressão e a solidão aumentaram entre os idosos, nos primeiros meses da pandemia, comparativamente à época em que esta não existia. Sem embargo, as relações sociais detiveram influência nos níveis de solidão e depressão, sendo que a sintomatologia depressiva e a solidão eram mais elevadas, em senescentes que percebiam os seus relacionamentos como distantes (Krendl & Perry, 2021).

Em referência às consequências do isolamento social decorrentes da pandemia COVID-19, um dos “gatilhos” elementares para o aparecimento do *stress* é o sentimento de perda do direito de liberdade, com a impossibilidade de serem efetuadas atividades ou tarefas, fora de casa, com a mesma normalidade e frequência, fazendo com que a população se sinta “presa” ao seu domicílio (Brooks et al., 2020).

No âmbito do referido, também os comportamentos e atitudes que os sujeitos adotam face ao aumento do stress, na sua maioria desadequados, expandem a hegemonia do mesmo e interferem na sua saúde mental (Enumo et al., 2020).

Logo, constata-se uma diversidade de fatores que prestam o seu contributo para manifestações ansiosas e/ou depressivas em pessoas idosas, que se encontrem em isolamento social, devido à pandemia, podendo estas manifestações serem destacadas

como reações expetáveis ao stress. Diante disso, a incerteza advinda da crise pandémica e os limites impostos pelas medidas de prevenção, primordialmente o isolamento social e solidão resultante do mesmo, tornam-se catalisadores constantes, para a eclosão de sintomas de ansiedades e de depressão (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Embora seja conveniente separar saúde mental de transtorno mental, o senso comum e a linguagem quotidiana, tendem a focar a Saúde Mental como doença mental, envolvendo-a em torno da ansiedade e depressão (Ribeiro, 2011). Adicionalmente, as técnicas de avaliação destinam-se tendencialmente e quase de forma exclusiva, em sintomas ansiosos e depressivos (Veit & Ware, 1983). Torna-se desta maneira, importante, ampliar as medidas de Saúde Mental, com a inclusão de características de bem-estar psicológico, nomeadamente: alegria, prazer em viver, felicidade e bem-estar (Ribeiro, 2011).

Em conclusão, uma vez que se observa que a experiência de solidão é mais habitual na velhice, é impreterível tê-la em atenção, encontrando medidas de intervenção, como forma de atenuar os seus efeitos e favorecer um envelhecimento saudável, com uma saúde mental satisfatória (Heno et al., 2016). Sugerem-se assim, estratégias que possibilitem algum tipo de assistência profissional humana, tal como o suporte social, mediante formas remotas de atendimento psicológico, que possam permitir a garantia de um tratamento a nível da saúde mental, expectando-se um maior conforto e alívio (Heno et al., 2016).

De outra forma, o acesso a informações oportunas e objetivas acerca da pandemia, especificamente, formas de prevenção e consecutivo tratamento, funcionam como uma maneira de diminuir os níveis de stress, ansiedade e depressão (Schmidt et al., 2020).

Urge, assim, explorar-se mais detalhadamente de que forma a pandemia se relacionou com a saúde mental, com a intenção de se prestar uma melhor intervenção, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida para esta população em específico, pois a saúde mental está igualmente relacionada, com o bem-estar (Costa et al., 2020).

Esta pandemia, por fim, veio comprovar a necessidade, já há algum tempo conhecida, de se dar mais enfoque e notoriedade à Saúde Mental, com a criação e disponibilização de respostas compatíveis e acessíveis com os problemas e dificuldades sentidas pela população (Rodrigues et al., 2020).

Nesta conjuntura, os objetivos do vigente estudo são: caracterizar a solidão de uma amostra de idosos a viver em Portugal; caracterizar a sua saúde mental; perceber em que medidas (os participantes consideram que) a COVID-19 influenciou a sua solidão e saúde mental; e explorar a relação entre a solidão e a saúde mental da amostra.

Método²

Desenho da Investigação

O presente estudo, é de cariz não experimental transversal do tipo descritivo-correlacional (Cunha, 1982).

Participantes

A amostra do presente estudo é de conveniência e intencional não probabilística, por não haver o propósito de generalizar o que se constatou nos resultados alcançados (Barbetta, 2002). Por outro lado, a conveniência da amostra tem lugar pelo facto dos elementos da mesma serem selecionados tendo por base alguma conveniência ou interesse por parte do investigador (Mattar, 1999).

Os critérios de inclusão definidos foram: ter 60 ou mais anos de idade; residir em Portugal; apresentar capacidades cognitivas de leitura, escrita e compreensão adequadas de modo a conseguirem participar no estudo; ser capaz de registar as suas respostas, ou quando há essa impossibilidade, verbalizar as mesmas.

Por oposição, os critérios de exclusão deste estudo foram: ter menos de 60 anos de idade; não apresentar capacidades cognitivas de leitura, escrita e compreensão adequadas que possibilite a participação no estudo; não residir em Portugal.

A amostra inicial do estudo contou com 209 participantes; no entanto, seis destes/as tinham idades inferiores a 60 anos, pelo que estes casos foram removidos.

Assim, a amostra final contou com um total de 203 indivíduos, com idades compreendidas entre 60 e 100 anos ($M=74,98$).

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra final do estudo.

² Por questões éticas e por indicação da orientadora, um exemplar do protocolo de avaliação é apenas facultado aos membros do júri, em dossiê à parte.

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra (N=203)

Características Sociodemográficas	Amostra Total	
	n	%
Sexo		
Feminino	132	63,2
Masculino	77	36,8
Estado Civil		
Viúvo/a	83	40,9
Solteiro/a	26	12,8
Casado/a ou união de facto	73	36,0
Divorciado/a ou separado/a	20	9,9
Omissos	1	-
Escolaridade		
Ensino secundário	45	22,2
Ensino primário	55	27,1
Curso superior	47	23,2
Sabe ler e escrever	41	20,2
Não sabe ler nem escrever	15	7,4
Problemas de Saúde		
Físicos (pelo menos um)	111	54,7
Psicológicos (pelo menos um)	61	30,2
Omissos	1	-
Cognitivos (pelo menos um)	12	5,9
Omissos	1	-
Residência		
Institucionalizados/as	78	38,6
Não institucionalizados/as	124	61,4
Omissos	1	-
Escolheu a institucionalização?		
Sim	33	16,3
Não	169	83,7
E teve em isolamento durante a pandemia COVID-19?		

Sim	127	63,5
Não	73	36,5
Omissos	3	-
Local do Isolamento		
No domicílio	71	34,9
Numa instituição	56	27,6
Noutro local	4	2,0
Omissos	72	35,5
E teve contacto com familiares ou amigos durante o isolamento?		
Sim	79	38,9
Não	56	27,6
Omissos	68	33,5

Em relação ao sexo da amostra, verificou-se que esta era composta maioritariamente pelo sexo feminino.

A maior parte da amostra era viúva ou casada/em união de facto, não tendo uma pessoa respondido a esta questão.

Relativamente à escolaridade, a maior parte da amostra tinha o ensino primário, secundário ou um curso superior completado.

Os idosos/as relataram na sua maioria sofrer de, pelo menos, um problema físico de saúde diagnosticado, com uma minoria a relatar apresentar pelo menos, um problema cognitivo.

Das pessoas idosas participantes, grande parte não se encontrava institucionalizada- uma pessoa não respondeu a esta questão- sendo que, no caso dos idosos/as institucionalizados/as, um maior número evidenciou que se encontravam institucionalizados/as por iniciativa própria.

Por fim, os idosos revelaram na sua maioria terem estado em isolamento, no seu domicílio, com um número significativo de idosos a evidenciar que tiveram contacto com familiares/amigos durante o respetivo período de isolamento.

Material

Consoante as variáveis em estudo, foram aplicados a versão portuguesa da Escala de Solidão da UCLA (Russel et al., 1980; versão portuguesa de Neto, 1989), para avaliar a solidão, e o Mental Health Inventory-5 (MHI-5; versão portuguesa de Ribeiro, 2001), com o intuito de avaliar a saúde mental, assim como um Questionário Sociodemográfico e Clínico, desenvolvido para o efeito. Por último, foram igualmente empregues itens sobre a relação percebida entre as variáveis psicossociais e a COVID-19.

Questionário Sociodemográfico e Clínico: De maneira a assegurar uma caracterização satisfatória da amostra, atendendo aos objetivos delineados para o projeto de investigação mais amplo em que o presente estudo está inserido, o questionário compreende um Questionário Sociodemográfico e Clínico, com um total de 36 questões, quer de escolha múltipla, como de resposta aberta.

Todavia, face aos objetivos do presente estudo, apenas foram analisadas 12 questões (sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, existência ou não de problemas de saúde, institucionalização e iniciativa da mesma, isolamento, local e contactos durante o mesmo).

Itens acerca da relação percebida entre a COVID-19 e a solidão e a saúde mental: De forma a obter-se uma melhor compreensão acerca desta relação, optou-se por englobar itens de resposta aberta e de escolha dicotómica (sim ou não). As questões de escolha dicotómica (“Considera que a COVID-19 influenciou a solidão que sentiu/tem sentido desde o início da pandemia?”; “Considera que a COVID-19 influenciou o modo como se sentiu/tem sentido desde o início da pandemia?”) servem como “ponto de partida” para os itens de resposta aberta, pois em caso de resposta positiva (sim), é solicitado aos participantes que elucidem a sua escolha (“Se sim, como?”).

Mental Health Inventory-5 (RAND Corporation), versão portuguesa de Ribeiro (2001): O MHI-5, empregue no presente estudo, é uma versão reduzida em 5 itens do MHI, adaptada por Ribeiro (2001) para a população portuguesa, com a intenção de avaliar a saúde mental, podendo ser utilizada individualmente ou inserida noutros instrumentos de avaliação.

Os cinco itens que compõem o MHI-5, refletem quatro dimensões de saúde mental: a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional e comportamental e o bem-estar psicológico (Ribeiro, 2001).

Neste sentido, 3 itens desta escala pertencem à escala de Distress Psicológico, enquanto os outros dois, integram o Bem-Estar Psicológico (Ribeiro, 2001).

A resposta a cada item, é organizada mediante 6 opções de resposta, onde 1= Sempre, 2=Quase sempre, 3=A maior parte do tempo, 4=Durante algum tempo, 5=Quase nunca e 6= Nunca.

A pontuação total deriva da soma dos valores brutos dos 5 itens, com uma variação entre 5 e 30 pontos. A pontuação bruta final pode ser transformada numa nota de 0 a 100, onde pontuações mais elevadas, equivalem a níveis mais elevados de saúde mental (Ribeiro, 2001).

O ponto de corte é identificado posteriormente à realização da padronização linear (0 a 100), que demonstra que os valores do MHI5 < 60 correspondem a sintomas moderados, enquanto valores MHI5 < 52 refletem sintomas graves de sofrimento psicológico (Ribeiro, 2011).

Em suma, diferentes estudos têm comprovado que o MHI-5 é um substituto conveniente do MHI e cabível para rastreios e investigações, pelo que a conjugação propriedades psicométricas favoráveis, com uma maior prontidão de resposta, fazem com que o MHI-5 seja um instrumento particularmente predisposto para a investigação (Ribeiro, 2001).

Os valores de consistência interna das escalas do MHI-5 obtidos na corrente investigação, tal como os de outros estudos estão retratados na Tabela 2 e Tabela 3.

Tabela 2. *Consistência interna do MHI-5 com base no Bem-Estar Psicológico*

<i>Bem-estar Psicológico</i>	Presente Estudo (N=203)	Pais Ribeiro (2001) (N=609)	Dos Santos (2015) (N=64)
Número de Itens	2	2	2
Alfa de Cronbach	$\alpha = 0,79$	$\alpha = 0,95$	$\alpha = 0,84$

Tabela 3. *Consistência interna do MHI-5 com base no Distress Psicológico*

<i>Distress Psicológico</i>	Presente Estudo (N=203)	Pais Ribeiro (2001) (N=609)	Dos Santos (2015) (N=64)
Número de Itens	2	2	2
Alfa de Cronbach	$\alpha = 0,84$	$\alpha = 0,95$	$\alpha = 0,84$

Relativamente à dimensão do Bem-Estar Psicológico, esta indica uma confiabilidade de escala suficiente, ou seja, uma consistência interna aceitável, enquanto a dimensão Distress Psicológico apresentou uma boa consistência interna conforme o elucidado por Nunnally (1978).

Não obstante, o estudo de validação para a população portuguesa (2001) que envolve estudantes do 11º ano e último ano de universidade, apresentou valores bastante elevados de consistência interna nas duas dimensões, ainda que isto possa ser percebido como uma redundância (Streiner, 2003).

O estudo de Dos Santos (2015), que limita a participação a indivíduos com 18 ou mais anos com ou sem patologias clínicas, apresentam à semelhança da presente investigação, uma boa consistência interna (Nunnally, 1978).

A Tabela 4, por sua vez, demonstra a consistência interna da MHI-5 na sua totalidade.

Tabela 4. *Consistência interna do MHI-5*

<i>MHI-5</i>	Presente Estudo (N=203)	Pais Ribeiro (2001) (N=609)	Dos Santos (2015) (N=64)
Número de Itens	5	5	5
Alfa de Cronbach	$\alpha = 0,85$	$\alpha = 0,96$	$\alpha = 0,98$

Em relação ao MHI-5 total, no presente estudo apresenta uma boa consistência interna, enquanto os restantes analisados evidenciam consistências internas excelentes e quase perfeitas. Apesar disto, valores muito exorbitantes podem não ser sinónimos de confiabilidade, visto que podem originar redundâncias ou duplicações (Nunnally, 1978).

Escala de Solidão da UCLA- *UCLA Loneliness Scale* (Russel et al., 1980), adaptada à população portuguesa por Neto (1989): A Escala de Solidão da UCLA é uma das escalas mais empregues em investigações sobre a solidão. É uma escala que entende a solidão como um estado psicológico, onde diferentes indivíduos podem experimentar sentimentos de solidão no decorrer de diversas circunstâncias da sua vida, e durante diferentes períodos temporais (Neto, 1989).

Assim sendo, esta escala é pertinente para o entendimento dos níveis de solidão que um indivíduo sente, com a finalidade de avaliar a solidão de forma indireta (Neto, 1989).

Relativamente à sua constituição, a escala adaptada para a população portuguesa, é composta por 18 itens, que pretendem avaliar quer a solidão, como os diferentes sentimentos que se encontram associados a esta. Há previamente ao preenchimento da escala, a informação aos participantes que: “Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações”, de maneira a guiar os indivíduos (Neto, 1989).

As respostas são dadas numa escala do tipo Likert, que comporta quatro opções de resposta, que variam desde “Nunca” (1), “Raramente” (2), “Algumas vezes” (3), até “Muitas vezes” (4).

A pontuação final da escala está situada entre um mínimo de 16 e um máximo de 72 pontos, sendo que quanto mais elevada for a pontuação final, maior será o nível de solidão (Neto, 1989).

Este instrumento psicométrico é de fácil administração, de extensão curta, fidedigno e válido, quer a nível da avaliação da solidão, como na sua diferenciação a outras variáveis a esta associadas (Neto, 1989).

A Tabela 5 demonstra a consistência interna da UCLA na presente investigação, comparando-a com outros estudos.

Tabela 5. *Consistência Interna da Escala de Solidão da UCLA*

	Presente Estudo (N=203)	Neto (1989) (N=286)	Costa (2013) (N=100)
Número de Itens	18	18	18
Alfa de Cronbach	$\alpha = 0,89$	$\alpha = 0,87$	$\alpha = 0,85$

A Escala de Solidão da UCLA empregue neste estudo, revelou deter uma boa consistência interna, conforme a classificação proposta por Nunnally (1978).

O estudo de validação de escala para a população portuguesa, ainda que contemple uma amostra de estudantes universitários, verificou igualmente uma consistência interna satisfatória (Neto, 1989).

Em conformidade com o vigente estudo, Costa (2013) engloba equitativamente a população idosa, garantindo uma boa consistência interna relativamente ao uso da Escala de Solidão da UCLA.

Nesta perspetiva, apesar dos estudos revistos revelarem uma consistência interna apropriada, o presente estudo é de todos aquele que demonstra uma consistência mais elevada.

Procedimentos

Posteriormente a serem obtidas, junto dos autores, as devidas autorizações para utilizar os vários instrumentos de avaliação, e do parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (CE-UFP), procedeu-se ao pedido na instituição de estágio da mestranda para ser efetuada a recolha de dados.

Contudo, a recolha de dados não foi apenas realizada de modo presencial, mas sim, com igual recorrência à *Internet*, mediante a divulgação nas redes sociais e envio de emails e/ou mensagens, a várias instituições que albergassem população com 60 ou mais anos, através da disponibilização do protocolo de avaliação via *Google Forms*.

A obtenção do consentimento verdadeiramente informado, livre e esclarecido, processou-se equitativamente, de duas formas distintas. No que toca às amostras recolhidas de modo presencial e tendo em especial atenção as limitações

impostas pela COVID-19, foi lido e explicado, numa linguagem coerente e simplificada, o conteúdo do formulário de consentimento informado da CE-UFP, para permitir uma compreensão clara por parte dos senescentes.

Após leitura e concordância com o que foi descrito, houve a possibilidade de os idosos participarem de facto no estudo, mediante o uso do assentimento informado, ainda que com a possibilidade de ser assinado o formulário do consentimento informado, caso a pessoa idosa assim o preferisse.

De outro modo, na recolha de dados *online*, todos os elementos assentes no consentimento informado foram apresentados e evidenciados numa secção anterior à apresentação das perguntas, seguindo-se da opção do participante seleccionar uma das caixas que atesta (ou não) a sua autorização para participar no estudo.

Em ambos os casos, a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos foi assegurada, pelo que na recolha de dados *online* o anonimato foi garantido por não ter de existir a identificação por parte dos participantes no âmbito da sua participação. Relativamente aos dados recolhidos presencialmente, nos casos em que imperou a necessidade de auxílio para resposta ao protocolo (quer por os participantes não conseguirem ler ou escrever, como por outros motivos de força maior), foram unicamente registadas as respostas dos participantes, tornando-se estas anonimizadas, por apenas quem executou a recolha de dados, ter conhecimento de quem foi o participante.

O início da recolha dos dados teve lugar no dia 19 de fevereiro de 2022, com término dia 20 de abril do mesmo ano, ocorrendo mais especificamente por um período de 61 dias.

Com a finalização da administração dos questionários e ulterior retirada dos dados do *Google Forms* para a plataforma *Excel*, foi concebida uma base de dados no programa *IBM SPSS Statistics* (versão-27) para o *Windows XP*.

Primeiramente, realizaram-se análises a caracterização da saúde mental, da solidão e do impacto percebido da COVID-19 nas duas variáveis, mais especificamente, médias, medianas, desvios-padrão.

Previamente à realização das análises inferenciais, procedeu-se à exploração da normalidade da distribuição das escalas totais de solidão e saúde mental através de

testes de Kolmogorov-Smirnov, bem como histogramas e indicadores descritivos (e.g., assimetria, curtose).

Para explorar a relação entre a saúde mental e: isolamento e contacto com familiares ou amigos/as, optou-se por uma comparação de médias através de *testes-t* para amostras independentes.

Para examinar a relação entre a solidão e a saúde mental, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* e utilizou-se uma análise de regressão linear simples, pelo método *Enter*, sendo a variável preditora (i.e., independente) a solidão e a variável resposta (i.e., dependente) a saúde mental.

Em tom de finalização, é importante esclarecer, que no presente estudo o nível de significância utilizado foi de 0,05 (Gomes, 2007).

Resultados

1. Caracterização da Saúde Mental

Realizou-se uma análise descritiva para explorar a saúde mental da amostra. O valor mais baixo obtido foi cinco e o mais alto 30 ($M=18,83$; $DP=5,12$), o que corresponde, respetivamente, aos valores mínimo e máximo possíveis da escala.

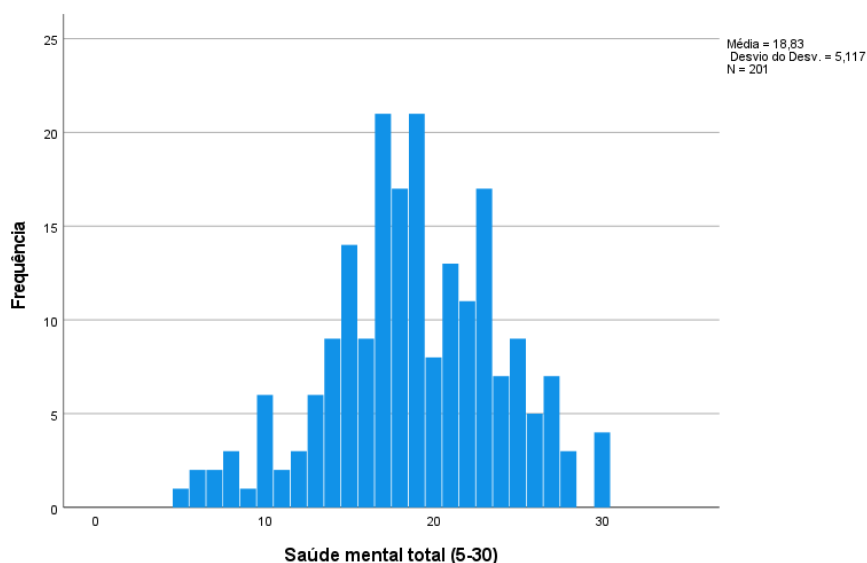
A mediana foi de 19, o que significa que metade da amostra apresentou valores de saúde mental inferiores a 19 e a outra metade superiores a este valor.

No caso da média, esta foi de 18,83 ($DP=5,12$) na presente amostra o que, tendo em conta o ponto médio de 17,5 indicada que a saúde mental da amostra pode considerar-se média, o que ocorre da mesma forma para a mediana.

Considerou-se pertinente usar um histograma para tornar mais evidente a caracterização de saúde mental, tendo em conta as frequências de cada valor do MHI-5, como é visível na Figura 1.

Figura 1

Histograma de Frequência dos Valores da MHI-5



O intervalo de saúde mental mais frequente foi entre 17 e 19, com 21 participantes, o que significa que estamos perante valores médios de saúde mental.

2. Impacto (percebido) da COVID-19 na Saúde Mental

A Tabela 6 demonstra a perceção do impacto da COVID-19 na saúde mental da amostra.

Tabela 6. *Perceção do Impacto da COVID-19 na Saúde Mental (N=203)*

A COVID-19 influenciou a forma como se sentiu/tem sentido?	<i>n</i>	%
Sim	82	40,4
Não	117	57,6
Omisso	4	2,0

Na presente amostra, a maioria das pessoas idosas relatou não considerar que a pandemia influenciou como se sentia ou tinha sentido desde o início da mesma.

Foram ainda considerados os itens de isolamento e contacto com familiares ou amigos durante o mesmo, para entender o impacto (percebido) que a COVID-19 teve na saúde mental dos participantes.

2.1. Saúde Mental, Isolamento e Contacto com Familiares ou Amigos durante o Isolamento

O teste de Levene ($p = 0,044$) indicou que o pressuposto da homogeneidade de variâncias não foi cumprido.

Os/as idosos/as que estiveram em isolamento exibiram valores de saúde mental inferiores em relação àqueles/as que não estiveram sendo estas diferenças estatisticamente significativas. O d de Cohen indica um efeito pequeno.

O teste de Levene ($p = 0,104$) indicou que o pressuposto da homogeneidade de variâncias foi cumprido.

Os/as idosos/as que estiveram em isolamento e tiveram contacto com familiares e/ou amigos/as exibiram valores de saúde mental ligeiramente mais elevados em relação àqueles/as que não tiveram este contacto, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas. O d de Cohen sugere um efeito muito pequeno.

3. Caracterização da Solidão

Realizou-se uma análise descritiva para explorar os níveis de solidão na presente amostra. As pessoas idosas apresentaram valores de solidão entre 19 e 63 ($M = 39,29$; $SD = 9,95$).

Em relação aos valores mínimo e máximo possíveis, estes não foram atingidos, visto que o valor mínimo neste estudo foi 19 e o máximo 63.

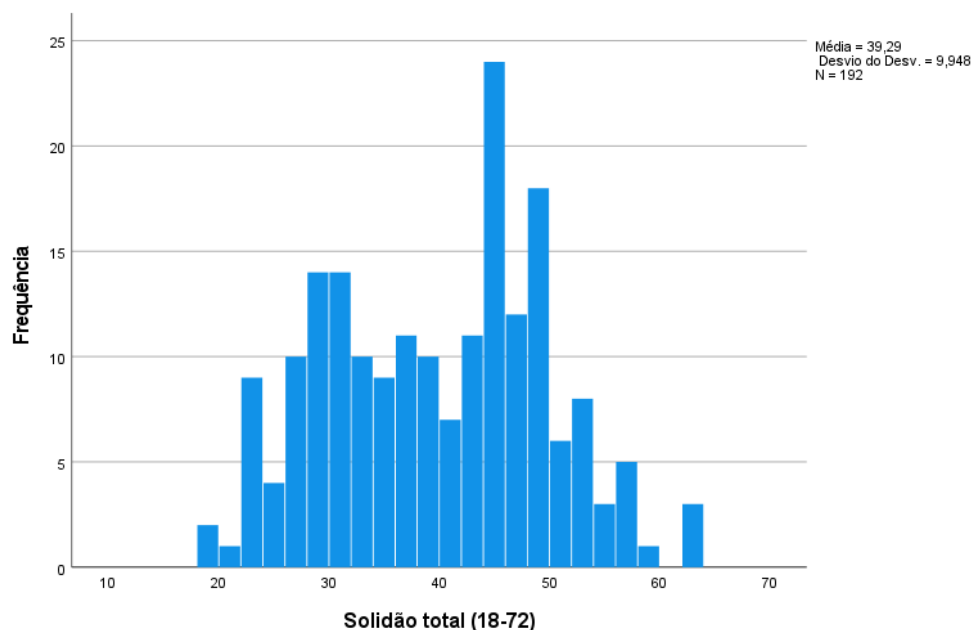
A mediana na presente amostra foi de 40, o que significa que uma metade das pessoas idosas exibiu níveis de solidão total inferiores a este valor e a outra metade apresentou níveis superiores ao mesmo.

O valor da média de 39,29 indica, em relação ao ponto médio (45), que a amostra em questão evidencia valores tendencialmente baixos de solidão.

A Figura 2, torna mais clara a caracterização da solidão, considerando as frequências de cada valor da UCLA.

Figura 2

Histograma de Frequência dos Valores da UCLA



O intervalo de solidão mais frequente foi aquele entre 44 e 46 com 25 participantes, sugerindo que a maior parte da amostra exibe valores baixos de solidão.

4. Impacto (percebido) da COVID-19 na Solidão

A Tabela 7 mostra o impacto da COVID-19 na solidão dos participantes.

Tabela 7. *Percepção do Impacto da COVID-19 na Solidão (N=203)*

A COVID-19 influenciou a solidão que sentiu/tem sentido?	<i>n</i>	%
Sim	82	40,4
Não	117	57,6

A maior parte das pessoas idosas considerou que a COVID-19 não influenciou a solidão que sentia ou tinha sentido desde o início da pandemia.

Os itens de isolamento e contacto com familiares ou amigos durante o mesmo foram igualmente considerados de modo a entender o impacto (percebido) que a COVID-19 teve na solidão dos participantes.

4.1. Solidão, Isolamento e Contacto com Familiares ou Amigos durante o Isolamento

O teste de Levene ($p = 0,535$) indicou que o pressuposto da homogeneidade de variâncias foi cumprido.

Os/as idosos/as que estiveram em isolamento ($M = 40,5$) exibiram níveis médios de solidão mais elevados em relação àqueles/as que não o estiveram ($M = 37,1$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas, $t(187) = 2,3$, $p = 0,021$. O d de Cohen ($d = ,36$) sugere um feito pequeno a moderado.

O teste de Levene ($p = 0,446$) indicou que o pressuposto da homogeneidade de variâncias foi cumprido.

Os/as idosos/as que estiveram em isolamento e tiveram contacto com familiares e/ou amigos/as ($M = 39,1$) exibiram níveis médios de solidão ligeiramente mais baixos em relação àqueles/as que não tiveram este contacto ($M = 43,0$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas, $t(126) = -2,27$, $p = 0,026$. O d de Cohen ($d = 0,41$) indica um efeito pequeno a moderado.

6. Relação entre Solidão e Saúde Mental

Para explorar a relação entre a solidão e a saúde mental, e tendo-se verificado os pressupostos para a realização de testes paramétricos (e.g., distribuição normal), realizou-se um teste de correlação de Pearson.

Observou-se uma correlação negativa moderada, estatisticamente significativa entre estes dois construtos. Por outras palavras, valores mais elevados de solidão estavam associados a valores mais baixos de saúde mental (i.e., mais problemas de saúde mental).

A Tabela 8 demonstra a análise de regressão linear recorrendo à solidão como a variável preditora e à saúde mental como variável de resposta.

Tabela 8. *Análise de Regressão Linear usando a Solidão como Variável Preditora e a Saúde Mental como Variável Resposta (N=203)*

	β	t	p	F	p	R^2	R^2 Aj.
Modelo total				111,02	<,001	0,370	0,367
Solidão total	-0,32	-10,54	<,001				

Efetuuou-se uma análise de regressão linear simples, utilizando a solidão como variável preditora (i.e., independente) e a saúde mental como variável resposta (i.e., dependente); por outras palavras, procurou-se averiguar se a solidão atuava como preditor da saúde mental na presente amostra.

As análises preliminares indicaram que os pressupostos para a realização da regressão simples se verificaram. O modelo foi estatisticamente significativo, ($F(1, 189) = 111,02, p < 0,001$), tendo sido 36,7% da variância na saúde mental explicada pela solidão, com base no valor ajustado de R^2 .

Verificou-se que, por cada valor adicional na escala de solidão utilizada (i.e., Escala de Solidão da UCLA), a pontuação da escala da saúde mental utilizada (i.e., MHI-5) variava em -0,32 valores ($p < 0,001$). O modelo final preditor verificado foi o seguinte: Saúde mental total = $31,3 - (-0,32 * \text{Solidão total})$.

Discussão

De um modo geral, os resultados obtidos sugerem que a solidão e a saúde mental são duas variáveis psicológicas relevantes, dada a atual situação pandémica. De facto, durante a pandemia, valores baixos de solidão foram sentidos por mais de metade da amostra, verificando-se pelo contrário, valores médios ao nível da saúde mental da amostra.

Estudos pré pandémicos realçam uma maior prevalência da solidão em idosos, comparativamente à vigente investigação, como é o caso de Wilson e Moulton (2010), que no seu estudo estimaram que os idosos norte-americanos com idade superior a 70 anos eram solitários, consoante o uso da Escala de Solidão da UCLA de 20 itens.

Por outro lado, com alguma semelhança ao estudo atual, Alonso et al. (2002), concluíram que a população idosa com idade superior a 65 anos apresentava valores de saúde mental mais elevados, quando em comparação com a população adulta com 25 e 60 anos.

O impacto da COVID-19 foi aferido com duas questões desenvolvidas para o efeito e de resposta dicotómica (“Sim” ou “Não”). Assim, na presente amostra, ao contrário daquilo que poderia ser de esperar, a maioria das pessoas idosas relatou que a

pandemia não influenciou a forma como se sentia ou tinha sentido desde o começo da mesma, nem a solidão que sentia ou tinha sentido.

Desta maneira, pode apurar-se que, apesar da população idosa ter apresentado valores baixos de solidão, tal como valores médios de saúde mental, na perspetiva dos participantes a pandemia não influenciou esses valores.

Por seu turno, o corrente resultado, não é concordante com o apurado por Simões (2021), visto que a pandemia e as regras impostas pela mesma levaram a um afastamento e deterioração dos laços e convívio social, conduzindo a um agravamento dos sentimentos de solidão e saúde mental, na faixa etária dos senescentes.

De modo a compreender-se mais especificamente o papel da pandemia e fatores a esta associados, optou-se por explorar as diferenças ao nível da saúde mental entre o grupo de pessoas idosas que esteve em isolamento durante a pandemia COVID-19 e o grupo que não esteve em isolamento.

À vista disso, os idosos/as que estiveram em isolamento manifestaram valores médios de saúde mental inferiores aos que não estiveram em isolamento, o que conflui com o que é demonstrado pela OECD (2018), que reconhece que o isolamento social, que se faz acompanhar nos idosos por um contacto diminuído com amigos e/ou familiares, contribui substancialmente para valores mais baixos de saúde mental.

Tal sugere, de um modo geral, que o isolamento contribui para que a saúde mental se visse diminuída, o que não aconteceu em senescentes que não estiveram em isolamento, indicando, assim, efeitos da pandemia nesta variável.

Adicionalmente, tentou entender-se a relação entre saúde mental e contactos com familiares ou amigos durante o isolamento.

Assim, os/as idosos/as que estiveram em isolamento e tiveram contacto com familiares e/ou amigos/as demonstraram valores médios de saúde mental ligeiramente mais elevados, quando em comparação com os/as que não tiveram qualquer tipo de contacto, não sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Por ser um resultado inesperado, ele requer reflexão adicional. Assim, o contacto social pode não ter sido suficiente para proteger a saúde mental, visto que os/as idosos/as já poderiam estar debilitados/as em função do isolamento, em termos de saúde mental. Tal está de acordo com um outro resultado obtido: quem esteve em isolamento

apresentou afetivamente piores valores de saúde mental, em relação a quem não esteve em isolamento. Ainda assim, a saúde mental foi ligeiramente superior nas pessoas que estiveram em isolamento e mantiveram o contacto com pessoas significativas, em comparação com as que não tiveram este contacto.

Diante disso, Barrón (1996) em estudos pré pandemia, verificou que, quanto menores forem os apoios e contactos sociais percebidos pelos idosos, mais elevada será a incidência de perturbações mentais, diminuindo os níveis de saúde mental.

Também Cassel (1976) e Cobb (1976) dão o seu contributo neste pressuposto, relatando que o suporte social que advém das redes de apoio leva a que haja uma maior proteção e prevenção de estados patológicos, mais especificamente a nível mental, o que pode explicar e corrobora os resultados desta investigação.

No que concerne ao papel da pandemia na solidão, tendo em conta o grupo de pessoas idosas em isolamento durante a COVID-19 e o grupo que não esteve em isolamento, constatou-se, que, os idosos/as em isolamentos exibiram valores de solidão mais elevados em relação aos que não o estiveram.

Davidson e Rossall (2015), vão ao encontro do constatado neste estudo, referindo que aproximadamente 50% dos indivíduos com mais de 60 anos que se encontram em isolamento social, poderão experimentar solidão na sua vida, pelo que o isolamento pode ser considerado como um fator de risco para a solidão.

Por outro lado, os idosos que durante o isolamento tiveram contacto com familiares ou amigos, demonstraram valores de solidão mais baixos, comparativamente aos que não tiveram este contacto.

Este achado converge com a literatura pré pandémica, onde segundo Freitas (2011), uma maior rede social está ligada a uma menor vivência da solidão, enquanto uma diminuição da rede social é indicadora de uma maior solidão.

Face à relação entre a solidão e saúde mental, o presente estudo permitiu verificar que níveis mais elevados de solidão se associavam a níveis mais baixos de saúde mental e, portanto, mais problemas de saúde mental. Estes resultados são concordantes com os do estudo de Cacioppo e Hughes (2006), ao averiguarem que níveis mais elevados de solidão se encontravam associados a um aumento da sintomatologia depressiva, e, portanto, a níveis menores de saúde mental.

O presente estudo visou ainda explorar se a solidão atuaria como um preditor de saúde mental na corrente amostra. Verificou-se que, de facto, a solidão atuou como um preditor estatisticamente significativo da saúde mental, tendo alguma variância na saúde mental sido explicada pela solidão. Luanaigh e Lawlor (2008), Piquart & Sorensen (2001) e Wilson et al. (2007), vão ao encontro destes resultados, esclarecendo que a solidão contribui significativamente para explicar a saúde mental dos idosos, o que significa que a solidão atua como um preditor da saúde mental, levando ao aparecimento mais facilitado de sintomatologia depressiva.

Pode-se, por tudo o que foi referido, concluir que, decorrente da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, os níveis de solidão permaneceram baixos, o que não era esperado, tendo em conta as restrições sanitárias e regras impostas para controlo epidemiológico.

No entanto, é possível que os valores de solidão possam ser considerados globalmente positivos, pois os dados foram recolhidos num período distante do último confinamento, o que pode ter introduzido viés na recordação de um período mais desafiante.

Os níveis de saúde mental, denotaram-se como médios nos idosos/as, o que novamente é um achado invulgar para a situação pandémica vigente, por tudo aquilo que lhe é associado.

Conclusão

O presente estudo visou caracterizar a saúde mental e a solidão numa amostra de idosos a viver em Portugal durante a pandemia, verificando a relação entre estas variáveis, ao mesmo tempo que pretendeu entender a influência percebida da COVID-19 no estado psicossocial dos sujeitos.

Os resultados obtidos no presente estudo revelam valores baixos de solidão dos idosos e valores médios de saúde mental, que são merecedores de atenção clínica, dada a suscetibilidade e conseqüente vulnerabilidade desta faixa etária, que na atualidade é considerada de risco.

Apesar dos objetivos de investigação terem sido cumpridos, este estudo apresenta várias limitações. Numa primeira instância, o facto de o formulário de recolha de dados ser relativamente extenso pode ter levado a algumas recusas no preenchimento ou a uma

maior probabilidade de centralização ou polaridade das respostas, isto derivado de uma menor atenção ou cansaço, fazendo com que os resultados atingidos possam não refletir a realidade. Uma solução para isto seria encurtar o protocolo de avaliação, procurando incorporar instrumentos ainda menos extensos e/ou fatigantes.

Para além do mais, dado que a amostra que se apresenta é de conveniência e não probabilística, é necessário que não sejam efetuadas generalizações no que toca aos resultados, pelo que os mesmos devem referir-se apenas à amostra deste estudo.

Apesar da amostra ter sido maior do que era expectável, dadas as características dos participantes e as suas potenciais limitações, os dados poderiam ter sido recolhidos presencialmente em mais locais, por exemplo, em centros de dia ou instituições de longa permanência, mas tal não foi possível devido às exigências e restrições do Governo decorrentes da COVID-19.

Face a isto, sugere-se que futuramente, se a situação pandémica o permitir, sejam solicitadas as devidas autorizações, para que a entrada nestes locais seja feita de forma segura e formal, sem constituir qualquer perigo para os intervenientes.

Ademais, a partilha do protocolo de avaliação nas redes sociais, apesar de na sua maioria benéfica, levou a que houvesse uma diminuição da amostra pelo mau preenchimento ou desatenção na leitura do assentimento informado, visto que seis participantes foram excluídos devido ao incumprimento do critério idade.

Uma sugestão para evitar tal, seria filtrar a partilha do protocolo a *websites* que incorporassem na sua maioria pessoas com a faixa etária proposta para o estudo, sendo que o envio individualizado nas redes sociais ou *email*, especificamente para indivíduos com 60 ou mais anos, também seria uma opção viável.

A última limitação relaciona-se com o intervalo temporal presente no MHI-5, que solicita que as respostas sejam fornecidas com base no mês passado, o que pode ser um pouco restritivo, visto que na recolha de dados presencial a tendência dos idosos era de irem buscar informações mais antigas e referentes a períodos em que houve vagas muito incidentes da COVID-19.

Propõe-se que diante disto, possa utiliza-se um instrumento que não abranja apenas o mês passado, mas, por exemplo, os últimos 6 meses, de modo a prevenir o enviesamento das respostas.

Face aos resultados atingidos, a necessidade de serem planeadas intervenções com o intuito de conter e/ou atenuar a diminuição dos níveis de saúde mental e o aumento de solidão demonstra-se como cada vez mais impreterível, sendo a adoção de medidas preventivas e/ou promotoras de um bem-estar psicológico geral, a opção mais apropriada.

Por outro lado, visto que com a pandemia estão a surgir cada vez mais carências ao nível da saúde mental, é importante existirem respostas para reduzir esse impacto, sendo conveniente a realização de pesquisas ou estudos de âmbito nacional, com uma extensão mais elevada e com uma possibilidade de maior aprofundamento, para avaliarem as consequências da COVID-19 na população idosa. Assim, um conhecimento mais elevado dos efeitos pandémicos nos senescentes, nomeadamente na saúde mental, na solidão e na qualidade de vida, poderá possibilitar a criação de estratégias mais especializadas para fazer face a tudo isto.

Em contrapartida, seria de extrema relevância em estudos futuros, alargar aquela que é a amostra, com a possibilidade de participação de sujeitos residentes no estrangeiro, tornando a amostra menos representativa. Desta forma, um estudo internacional seria interessante para serem desenvolvidas estratégias de intervenção que pudessem ser mais solidamente baseadas na investigação.

Torna-se então fundamental averiguar, mais aprofundada e longitudinalmente, as consequências que este vírus e as imposições a ele associadas, tal como o isolamento e decorrente solidão, trouxeram para a saúde mental dos senescentes em Portugal, de modo a planear, com bases sólidas, intervenções futuras que visem a mitigação das repercussões que ocorreram no bem-estar geral destes indivíduos.

O auxílio no uso dos aparelhos eletrónicos, nomeadamente *tablet* ou telemóveis/telefones, para uma comunicação à distância e criação de uma rede de suporte social pode ser uma das estratégias de intervenção, permitindo uma sensação de acompanhamento e posterior alívio da solidão, com impacto positivo na saúde mental.

Adicionalmente seria relevante desenvolver estudos que foquem variáveis que possam estar a/vir a proteger a saúde mental dos participantes, inclusive amortecendo o impacto de variáveis como a solidão, como é o caso da resiliência.³

³ As referências bibliográficas relativas a cada secção da dissertação aparecem no final da mesma.

Capítulo III

Saúde Mental e Resiliência de Idosos durante a Pandemia COVID-10 em Portugal

Resumo:

Introdução: A saúde mental está na base do bem-estar da população idosa e serve como um pilar para a saúde em geral, apesar de ter ocorrido um agravamento da mesma com o surgimento da COVID-19, que passou a atuar como um stressor de vida significativo e a contribuir para o aumento da probabilidade de ocorrência de sintomatologia psicopatológica. O desenvolvimento de resiliência nos idosos é de extrema relevância, podendo levar à sua adaptação e enfrentamento face a situações adversas, com um aumento da sua saúde mental. **Objetivos:** Caracterizar a saúde mental de uma amostra de idosos a viver em Portugal; compreender a capacidade do grupo para lidar com situações adversas; perceber em que medidas os participantes consideram que a COVID-19 interagiu com o seu estado psicossocial (resiliência e saúde mental). **Método:** Foram administrados em contexto presencial, nomeadamente num lar de longa permanência e em contexto virtual, mediante divulgação nas redes sociais, um Questionário SD e C1, o *Mental Health Inventory* (MHI-5) e a Escala Breve de *Coping* Resiliente a 203 idosos residentes em Portugal. **Resultados:** Os participantes demonstraram valores positivos de saúde mental, a par de valores médios de resiliência, existindo uma relação estatisticamente significativa entre ambas as variáveis, sugerindo que valores mais elevados de resiliência estão associados a valores mais elevados de saúde mental. Junto disso, entendeu-se que a resiliência atuou como um preditor da saúde mental. Contudo, a pandemia não alterou nem a forma como os participantes se sentiam nem a capacidade para lidarem com as situações, segundo os próprios. Porém, o isolamento associou-se a valores mais baixos de saúde mental e resiliência, ao mesmo tempo que o contacto com familiares ou amigos durante o mesmo, favoreceu o aumento da resiliência e da saúde mental. **Conclusão:** Embora os resultados demonstrem que, na perceção dos participantes, a COVID-19 não influenciou a forma como se sentiam e como lidavam com as situações, sugerem que a resiliência poderá salvaguardar a saúde mental dos idosos.

Palavras-chave: Idosos; Saúde Mental; Resiliência; *Coping*; COVID-19.

Abstract:

Introduction: Mental health it's on the base of the well-being of the elderly population and serves as a pillar for health in general, although it has worsened with the emergence of COVID-19 which has acted as a significant life stressor, contributing to the increase of the probability for the occurrence of psychopathological symptoms. The development of resilience in the elderly is extremely important and can lead to their adaptation and coping in adverse situations, with an increase in their mental health.

Objectives: To characterize the mental health of a sample of elderly people living in Portugal; understand the group's ability to deal with adverse situations; understand to what extent participants consider that COVID-19 has interacted with their psychosocial status (coping and mental health); explore the relationship between the psychosocial variables under study and between these and the sociodemographic and clinical characteristics of the sample. **Method:** The Mental Health Inventory (MHI-5) and the Brief Resilient Coping Scale were applied in a face-to-face context, namely in a long-stay home and in a virtual context, through dissemination on the social network, to 203 elderly residents in Portugal. **Results:** Participants demonstrated positive values of mental health, along with average values of resilience, with a statistically significant relationship between both variables, suggesting that higher values of resilience are associated with higher values of mental health. In addition, it was understood that resilience acted as a predictor of mental health. However, the pandemic did not change either the way participants felt or their ability to deal with situations, according to themselves. However, isolation was associated with lower values of mental health and resilience, while contact with family or friends during it favored an increase in resilience and mental health. **Conclusion:** Although the results show that in the participants' perception, COVID-19 did not influence the way they felt and how they deal with situations, they suggest that resilience can safeguard the mental health of the elderly.

Keywords: Elders; Mental Health; Resilience; Coping; COVID-19.

Introdução

1. Caracterização de Saúde Mental

O termo saúde mental não é novo e já se estende ao longo de vários anos, apesar de se perceber que é precisa uma maior exploração, quer pela ausência de concordância acerca do mesmo, como pela inexistência de um significado consistente e preciso (Scheid & Brown, 2010).

No entanto, é evidente que a saúde mental é capital para o bem-estar dos indivíduos, destacando-se pela aparição de níveis positivos de bem-estar, autoestima, confiança e eventual aptidão para a manutenção de relações interpessoais positivas, quer profissionalmente como a nível pessoal (Scheid & Brown, 2010).

Sob outro enfoque, Keyes (2005) define saúde mental como uma agregação de sintomas de prazer e funcionamento positivo, instrumentalizado através de medidas de bem-estar subjetivo individuais e de avaliações e interpretações que os indivíduos fazem sobre as suas próprias vidas.

De outra forma, Keyes (2002) afirma que a saúde mental e a doença encontram-se relacionadas, apesar de pertencerem a *continuums* dissemelhantes, concluindo-se que a prevenção e o tratamento das doenças de foro mental não irão necessariamente levar a indivíduos mentalmente saudáveis.

Todavia, para a Comissão das Comunidades Europeias (2005) a saúde mental viabiliza a capacidade intelectual e/ou emocional, bem como a integração em diversos espaços de cariz social dos indivíduos, devido ao facto do estado mental de cada pessoa poder ser determinado por múltiplas causas, quer sejam estas biológicas (género), individuais (história pessoal), familiares, sociais (envolvimento social), económicas ou ambientais (condições de vida).

Compreende-se ainda que os problemas de saúde mental contribuem largamente para a carga global de doenças, com uma representação de 7,4% das perturbações mentais e abuso de substâncias, no que toca à totalidade de doenças (Whiteford et al., 2013).

Neste sentido, Portugal possui uma elevada prevalência de doenças mentais, quando comparada com os restantes países da Europa, destacando-se que há a infeliz veracidade de uma grande percentagem de pessoas detentoras de doença mental, ainda

permanecerem sem acesso a cuidados de saúde mental especializados e apropriados (Almeida et al., 2013).

Junto disso, o aumento exponencial da população idosa e consequente esperança média de vida leva a que os idosos sejam cada vez mais confrontados com a sua vulnerabilidade, do ponto de vista da saúde mental (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais [SRAS], 2004), entendendo-se que a mesma é um elemento-chave da saúde em geral, com cada vez mais notoriedade no quotidiano dos indivíduos e sociedades (Costa, 2010).

Nesta linha de pensamento e perante aquele que tem vindo a ser o aumento das perturbações do foro mental entre os idosos, o ideal será optar-se pela continuação do investimento na saúde mental deste grupo etário, para que o mesmo possa continuar a usufruir dos apoios adequados (Paúl et al., 2006; WHO, 2004).

A par disso, devem ainda ser definidos planos de intervenção e programas, no âmbito da saúde mental, que estejam ajustados às características e necessidades evidenciadas pelas pessoas da terceira idade, com vista a impulsionar um envelhecimento mais saudável e um bem-estar generalizado, prevenindo a ocorrência de sintomas e perturbações psicológicas (Paúl et al., 2006).

Contudo, apesar de vários destaques referenciarem uma deterioração da saúde mental na população, este campo da saúde em particular continua a não ter a mesma importância que a “saúde física”, levando a que o mesmo seja múltiplas vezes secundarizado ou deixado de lado (Sousa, 2006).

Torna-se então oportuno apelar para o reforço da investigação desta problemática, com o intento de aprofundar o conhecimento acerca da mesma, garantindo concomitantemente um apoio para o planeamento de intervenções especializadas (Sousa, 2006).

Não obstante, os estudos já existentes desta temática demonstram que são os senescentes que vêm a sua saúde mental mais afetada, como é o caso de Oliveira et al. (2012), que referem uma maior frequência de sintomatologia depressiva na faixa etária entre os 71 e 76 anos.

2. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental

Para além do medo generalizado da população, em contrair a COVID-19, a mesma tem provocado uma exponencial sensação de insegurança em múltiplos aspetos da vida dos indivíduos, quer coletivamente como a nível mais individual, com repercussões no funcionamento diário da sociedade e alterações significativas nas relações interpessoais (Lima et al., 2020; Ozili & Arun, 2020).

O aparecimento da pandemia COVID-19, que atua como um stressor significativo de vida (Sands et al., 2020), ocasionou mudanças como confinamentos, alterações da rotina, escassez de atividades de lazer e diminuição de contactos sociais, que prestaram contribuição para a instalação de sentimentos agudos de ansiedade e/ou frustração (Irigaray, 2020).

Porventura, a saúde mental foi a vertente que mais sofreu com a chegada da pandemia, verificando-se que as sequelas a nível da saúde mental, são mais elevadas do que o número de mortes pela contração da doença (Brooks et al., 2020).

Assim, a COVID-19 não só afetou a saúde física dos indivíduos, como também afetou a saúde mental dos mesmos, tanto pelo medo acrescido de contaminação, como pelas quarentenas prolongadas e isolamento social, que contribuíram para o exacerbamento do stress e ansiedade da população e para o aumento do risco de serem desenvolvidas patologias psicológicas (Javed et al., 2020; Wang et al., 2020).

A par disso, o colapso dos sistemas de saúde, a exaustão dos profissionais de saúde mental e física devido ao elevado número de horas de trabalho e, em último lugar, o distanciamento social como medida de controlo efetiva da doença, impactaram notavelmente a saúde mental das comunidades (Brooks et al., 2020).

Deste modo, apesar do isolamento e da quarentena serem medidas adotadas para atenuar o contágio e disseminação de doenças contagiosas, denota-se em contextos epidémicos anteriores, como a MERS e Ébola, um efeito severamente negativo na saúde mental e bem-estar das pessoas a estas sujeitas, com efeitos vistos quer no imediato, como a longo prazo (Brooks et al., 2020; Desclaux et al., 2017).

Estudos desenvolvidos no âmbito de situações pandémicas comprovam que o desenrolamento de transtornos mentais comuns, como a ansiedade ou depressão, podem ter a sua base na quarentena (Barari et al., 2020; Pancani et al., 2020).

Assim sendo, apesar das medidas restritivas serem plenamente indispensáveis e efetivas para o controlo da COVID-19, despertam consequências psicológicas exorbitantes na população, tal como se pode corroborar num estudo levado a cabo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que enfatizou uma multiplicação do número de casos de depressão e ansiedade, no período em que a quarentena domiciliar ocorreu (Filgeiras & Kolehmainen, 2021). Estes resultados são deveras preocupantes, provando que os problemas de saúde estão a aumentar em grande escala, durante o período da COVID-19 (Berard et al., 2021; Filgeiras & Kolehmainen, 2021).

Admite-se, então, que a pandemia facilitou de um modo geral, o surgimento de mudanças profundas no modo de viver da humanidade, conduzindo ao agravamento ou aparecimento de sintomas depressivos ou ansiosos, ao mesmo tempo que favorece uma maior exposição para o desenvolvimento de perturbações de stress pós-traumático ou *burnout* (Hansel et al., 2020).

No entanto, são os adultos maiores que, de um modo geral, se relevam como mais frágeis psicologicamente e vulneráveis à influência externa do ambiente que evidenciam uma prevalência de sintomas depressivos e ansiosos desde o início da pandemia, principalmente aqueles que detêm um historial de doença mental prévia (Yang et al., 2020).

Desta forma, Bailey et al. (2021) vêm comprovar precisamente o previamente referido, afirmando que 40% dos idosos que participaram no seu estudo evidenciaram níveis mais baixos de saúde mental e, portanto, um declínio da mesma, aquando do surgimento da COVID-19.

Por outro lado, um estudo alemão documentou o referido, afirmando que houve um incremento das taxas de prevalência de ansiedade, depressão e distress psicológico no decurso da pandemia (Bäuerle et al., 2020), ocorrendo o mesmo na investigação de Choi et al. (2020), realizada em Hong Kong, que aponta para 25% dos participantes a manifestarem um agravamento da sua saúde mental.

Os contextos disruptivos, como situações pandémicas, podem contribuir para o aumento das perturbações psicológicas, denotando-se como um fator de risco para o consumo de substâncias de potencial aditivo, como estratégia de *coping* ou enfrentamento (Hansel et al., 2020).

Considerando tudo isto, são fundamentais reajustes no que concerne aos cuidados de saúde mental, de maneira a impedir que estes sejam deixados de lado, levando por exemplo: à oferta de acesso a serviços de saúde psicológica de forma remota ou virtual; ao aumento da comunicação entre familiares mediante formas inovadoras de diálogo; criação de uma rede de suporte e apoio para pessoas com historial anterior de transtorno mental (Soccol & Silveira, 2020).

Em síntese, ainda que a COVID-19 seja um evento parcialmente recente, já foram efetuadas algumas investigações com o objetivo de avaliar o impacto do contexto pandémico na saúde mental e posterior bem-estar (Bäuerle et al., 2020).

No que tange a Portugal, já existem trabalhos sobre o impacto da pandemia na saúde mental, ainda que a evidência seja insuficiente para uma caracterização e análise sólida, pelo que é pertinente a realização de novos estudos nesta área (Antunes et al., 2020).

Com tudo isto, é indubitável o caráter vantajoso que poderá existir aquando do desenvolvimento entre os idosos de comportamentos resilientes, para enfrentarem as adversidades impostas pelo contexto pandémico (Oliveira et al., 2021).

3. Caracterização da Resiliência

A palavra resiliência, foi um termo adotado originalmente pelas ciências da saúde, para caracterizar os indivíduos que conseguem suportar e ultrapassar as adversidades, apesar da exposição sistemática a ambientes adversos (Brandão et al., 2011).

Segundo Rutter (1985), um dos autores que mais se dedicou ao estudo da resiliência, esta consiste num conjunto amplo de processos sociais e intrapsíquicos, que propiciam a vivência de uma vida saudável, mesmo rodeado por um ambiente desfavorável. Por outro lado, este autor também denota a resiliência como a “resistência” relativa adotada pelos sujeitos, quando confrontados com situações potencialmente danosas a nível psicossocial, que por seu turno põem em risco, o seu funcionamento e subsequente desenvolvimento.

Para um melhor esclarecimento da resiliência enquanto construto, é importante distingui-lo como sendo o oposto da vulnerabilidade, pelo que esta se traduz na predisposição que o sujeito apresenta para o desenvolvimento de uma patologia ou sintoma, com consequências danosas para o seu funcionamento (Pesce et al., 2004).

Apesar disso, a vulnerabilidade, enquanto o lado oposto da resiliência, foi intensamente contestada por diversos autores, por entenderem que a resiliência é a capacidade que o indivíduo apresenta de mesmo após uma transformação ou desintegração, que tem lugar devido à sua vulnerabilidade, ainda consiga ocorrer uma adaptação, frente a fatores stressores (Pesce et al., 2004).

Porventura, no que tange ao ser humano, a resiliência não traduz um retorno tão simplista a um estado prévio, mas sim a superação ou adaptação, perante uma dificuldade, com avultação da possibilidade de serem trilhados novos caminhos e de se instalar um processo de subjetivação, baseado no enfrentamento de ocorrências traumáticas (Lindström, 2001).

Walsh (1998) conceitua que a resiliência pressupõe mais do que uma mera sobrevivência a situações adversas ou escapatória de privações, retratando uma antítese à ideia de que as pessoas que crescem em ambientes adversos têm unicamente como destino o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos ou sociais.

Sob outro ponto de vista, a American Psychological Association (2013) reconhece a resiliência como um processo de adaptação, diante de obstáculos, traumas, desastres, perigos ou fontes geradoras de stress. Entende-se, ainda, que a resiliência humana não se desenrola no vazio, mas sim, conforme a sustentação de relações e/ou interações funcionais ou saudáveis dos indivíduos, com um ambiente social ou cultural imediato (Almedom, 2015).

Garmezy (1993) estabelece ainda a resiliência como a habilidade de readquirir um certo padrão de funcionamento, seguidamente à experiência de uma situação aziaga, sem que se deixe ser atingido por ela. Esta ideia enfatiza a capacidade do sujeito para reaver os seus padrões de comportamento costumeiros que prevaleciam antes da vivência da adversidade.

Em contrapartida, o conceito de *coping* encontra-se associado à resiliência (Ribeiro & Morais, 2010), pelo que este diz respeito à forma como os sujeitos conseguem lidar com situações stressantes, quer em termos de confronto, como em termos de enfrentamento (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Em virtude disso, o *coping* é deveras importante para a compreensão da resiliência nos indivíduos, uma vez que este implica uma resistência e enfrentamento

perante as adversidades, ainda que a resiliência pressuponha uma continuidade no desenvolvimento de competências (Pais Ribeiro & Morais, 2010). Por conseguinte, enquanto o coping compreende um conjunto de estratégias com o intuito de responder a uma situação de stresse, a resiliência, apesar dos níveis elevados de stresse, possibilita uma adaptação positiva ao mesmo. À vista disso, são resilientes os sujeitos que utilizam mais estratégias de coping (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

Todavia, compreender a resiliência no fenómeno do envelhecimento, tem vindo a espelhar-se como proveitoso, na medida em que esta processa-se como promotora da saúde em geral e de um maior bem-estar emocional (Pan & Chan, 2007), favorecendo uma vida saudável neste período vital (Cárdenas-Jiménez & López-Díaz, 2011).

Tendo tudo isto em conta, o fenómeno de envelhecimento populacional, torna urgente o aumento da capacidade de resiliência na velhice, com vista à preservação e permanência de comportamentos adaptativos, mesmo com a confrontação continuada, a eventos desagradáveis ou stressantes, que destabilizam a saúde física e o bem-estar dos idosos (Pinheiro, 2004).

Por seu turno, Aguerre (2002) verifica no seu estudo que os indivíduos idosos possuem cada vez mais, uma capacidade ampla para conseguirem gerenciar a sua vida e fazerem face às adversidades da mesma, sendo que sujeitos com níveis mais elevados de resiliência detêm uma maior resistência aos obstáculos, o que surte efeitos positivos na saúde mental dos mesmos (Yu et al., 2022).

Sem embargo, é plausível que os idosos detenham a capacidade de se adaptarem e conformarem em alturas de crise, devido às suas experiências prévias de vida (Lind et al., 2021), sugerindo que com o avanço da idade haja um maior refinamento daquelas que são as capacidades de enfrentamento (Neupert et al., 2019).

Nesta perspetiva, a resiliência está ligada ao envelhecimento, essencialmente, pelo motivo das pessoas idosas, durante o seu percurso de vida, já terem vivido situações traumáticas, com a capacidade de se ajustarem e ultrapassarem as mesmas, ganhando em troca experiências favoráveis ou desfavoráveis, mas que tiveram alguma influência na sua capacidade de resiliência (Vieira, 2016).

Por outro lado, Baltes e Smith (2004) refutam o anteriormente referido, explicando que, com o avançar da idade, a plasticidade biológica e cognitiva dos idosos

tende a diminuir, fazendo com que a adaptação a situações de crise seja limitada nesta etapa do ciclo vital.

É então deveras relevante estudar a resiliência na senescência, pela abertura de perspectivas empreendedoras que futuramente podem auxiliar a criação de recursos, com a intenção de ver a qualidade de vida das pessoas melhorada (Vieira, 2016). Esta mesma resiliência na população idosa consiste, sobretudo, numa boa saúde mental, numa velhice bem-sucedida e numa melhoria da autoestima e das relações interpessoais (Anaut, 2005). Em compensação, a forma com que se encara o envelhecimento irá depender, sobretudo, da aptidão de superação das adversidades de forma positiva, relacionando-se em poucas palavras com a capacidade de se ser resiliente (Anaut, 2005).

Deste jeito, a resiliência é desenhada ainda como um dos inúmeros fatores que podem coadjuvar na garantia de um envelhecimento bem-sucedido, auxiliando na manutenção da saúde mental e bem-estar, ainda que perante os desafios típicos da idade (Young et al., 2009). Sustentando isto, pesquisas como a de Neubauer et al. (2019), sugerem que são os adultos com mais idade, que possuem mais habilidades para lidar com os problemas quando em comparação com os jovens.

No final, deduz-se que a resiliência é um fenómeno efetivamente complexo, que pode ter um significado variado e específico para cada sujeito, tendo por base as diferentes fases ou vivências dos mesmos, sendo um conceito construído socio-historicamente (Sippel et al., 2015; Souza & Cervený, 2006).

Porém, existe uma brevidade de estudos a respeito da resiliência na população idosa, dado que a maioria das pesquisas engloba apenas fatores relacionados com crianças e adolescentes, tornando este construto pouco desenvolvido e examinado em faixas etárias mais avançadas (Silva et al., 2012).

4. Impacto da COVID-19 na Resiliência

Os idosos são considerados na atual pandemia como um grupo que requer uma especial atenção, tanto devido às condições de saúde que lhes garante uma alta vulnerabilidade, quer física ou psicológica, como pelo ambiente social reduzido onde estão inseridos (De Almeida Hammerschmidt & Santana, 2020).

Neste sentido, a pandemia ampliou vários riscos com os quais a pessoa idosa se depara diariamente, tais como: a morte de entes queridos; pobreza e abandono; violência doméstica; conflitos familiares; doenças e incapacidades; e, ainda, uma tensão avultada em relação aos papéis sociais, gerando ansiedade e depressão por conta da exposição a eventos críticos (Gomes & Dinis, 2021).

Destarte, há a imprescindibilidade dos idosos conseguirem fazer face a situações críticas e desestabilizadoras do seu quotidiano, atuando a resiliência como fundamental nestas situações (Holmes et al., 2020). Assim, Fontes e Neri (2015) destacam que são considerados como psicologicamente resilientes os idosos que não padeçam perante as adversidades, criando na presença das mesmas um padrão adaptativo e positivo.

Este padrão deverá ser marcado pelo manuseamento dos eventos que possam ser um fonte de ameaça à adaptação, ao mesmo tempo que possuem o potencial de retomar os seus níveis de funcionamento básico anteriores, garantindo um bem-estar objetivo ou subjetivo (Fontes & Neri, 2015).

Tal-qualmente, tem de existir capacidade para que diante das dificuldades, os idosos possam alterar o significado que atribuem às mesmas, com o intuito de reduzir o nível de perigo, percecionado cognitivamente, dos eventos stressores (Fontes & Neri, 2015)

Nesta linha de pensamento, Aliche et al. (2019) constata que os sujeitos com níveis de resiliência mais baixos são aqueles que mais sofrem com o impacto das restrições e limitações originadas pela COVID-19, conduzindo a uma manutenção dos níveis de ansiedade e/ou depressão.

É ainda necessário, que os senescentes possam diminuir a sua exposição a esses eventos, ao mesmo tempo que trabalham com vista à atenuação das suas próprias reações negativas (Fontes & Neri, 2015). Visiona-se com isto a manutenção da autoestima e autoeficácia, com a criação exponencial de oportunidades que possibilitem a reversão dos efeitos gerados por situações stressantes (Fontes & Neri, 2015).

A resiliência pode então ser considerada, como uma forma de se destacar de modo fortalecido, perante um situação desagradável, tendo em consideração a passagem por uma dificuldade apreciável, com uma sucessiva administração sublime das adversidades (Gomes & Dinis, 2021).

A saída vitoriosa da situação prejudicial possibilita a adaptação às mudanças, transformando as experiências negativas em ganhos insólitos (Gomes & Dinis, 2021). Todavia, é importante reforçar que a resiliência não pode ser vista como um escudo protetor, que fará com a pessoa não seja atingida por nenhum problema e que a torne resistente a todas as problemáticas (Angst, 2009).

Desta maneira, é importante que o idoso possa desenvolver resiliência, com a intenção de se tornar adaptável a novos desafios ou situações que possam existir, como por exemplo: perdas sociais, económicas ou familiares; mudanças físicas ou psicológica (De Oliveira et al., 2021). Assim sendo, o enfrentamento, elaboração e posterior superação, levando a cabo uma atitude resiliente, possibilita nos idosos a garantia do seu bem-estar (De Oliveira et al., 2021).

Por conseguinte, diante do cenário pandémico, a resiliência surge como uma alternativa para se conseguir proceder ao enfrentamento desta crise de saúde pública, no âmbito psicológico, uma vez que o nível de resiliência experimentado é uma das variáveis que vai surtir influência na forma como os sujeitos atuam ou fazem frente aos obstáculos (Jones-Bitton et al., 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), pessoas menos resilientes serão mais gravemente afetadas pelas adversidades, ficando estas na presença de um propensão mais elevada para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão, impulsividade e autoestima baixa.

Fica então explícito que um surto pandémico, para além de ter originado múltiplas repercussões no envelhecimento individual ou coletivo da população, possibilitou uma maior análise da resiliência e dos fatores a esta associados, entendendo-os como estratégias para viabilizar o seu fortalecimento, visto que a resiliência está relacionada com um maior conforto e bem-estar dos indivíduos (Dimsdale, 2008; Miller & Brockie, 2015).

Por outro ângulo, Rodrigues e Tavares (2020) referem que mesmo com as divergências e perdas que têm lugar durante a pandemia e estão a esta associadas, os idosos têm a capacidade de “dar a volta por cima” e transcender os desafios impostos, levando a uma estabilidade na saúde mental, graças à comparência da resiliência.

É em suma, fundamental, avaliar os fatores associados a idosos com alto ou baixo nível de resiliência, pois a mesma pode ser percebida como um fator de relevância para o progresso de desfechos positivos de experiências de vida, pelo que este construto deve ser trabalhado e avaliado durante e após a pandemia, para ser conhecido e depois avaliado, o processo de adaptação (Kusumota et al., 2021)

5. Relação entre Saúde Mental e Resiliência

No que diz respeito à saúde mental e resiliência, há o pressuposto de que uma maior resiliência entorpece aqueles que são os efeitos negativos dos eventos de vida desfavoráveis, na saúde mental e física dos indivíduos (Franco et al., 2009).

Assim, gradativamente mais as pessoas começam a considerar a resiliência como uma característica indissociável da saúde mental, reconhecendo esta como um contributo elementar para a promoção e ulterior manutenção de saúde mental (Mellilo et al., 2005).

Reconhece-se, assim, que a resiliência atua nos seres humanos como potenciadora do desenvolvimento de capacidades de enfrentamento de situações ameaçadoras e prejudiciais, com o desígnio de saírem das mesmas vitoriosos e fortalecidos (Mellilo et al., 2005). Todavia, este processo não consiste apenas numa superação simplista das experiências aversivas por proporcionar um fortalecimento e afetar a saúde mental dos indivíduos (Mellilo et al., 2005).

Consequentemente, o facto da saúde mental andar de “mãos dadas” com a resiliência constituindo-se como um elemento fundamental da mesma, permite aos sujeitos enfrentarem e suportarem as adversidades, alcançando com isto, o seu potencial máximo (OMS, 2001).

Mais concretamente, a saúde mental será indispensável para as dificuldades serem ultrapassadas e para se conseguir instalar uma adaptação adequada, funcionando a resiliência como um resultado (Fergus & Zimmerman, 2005). Por oposição alguns autores defendem que a doença mental poderá atuar por si mesma como uma barreira, ativando a resiliência e entendendo a mesma como um recurso para superar a situação (Fergus & Zimmerman, 2005).

Nesta continuação, uma menor sintomatologia depressiva poderá estar ligada a níveis de resiliência mais elevados, realçando o efeito da mesma na moderação das emoções negativas e sintomatologia psicológica (Hardy et al., 2004; Mehta et al., 2008).

Por sua vez, quando perante estratégias de enfrentamento desajustadas, o surgimento e/ou manutenção de doenças físicas ou mentais é mais frequente, o que evidencia a associação entre saúde e resiliência (Gómez et al., 2006).

À vista disso, Lopes (2015) presta o seu contributo, indicando a existência de uma relação preditiva entre resiliência e saúde geral, ou seja, física e mental, visto que níveis mais altos de resiliência poderão ser preditores de uma melhor saúde no geral.

Para além do mais, a resiliência é reconhecida como um elemento ilustre na promoção e preservação da saúde mental e emocional, com a capacidade de reduzir, quer a intensidade do stress sentido, como os sintomas emocionais negativos, entre os quais, a ansiedade, depressão ou raiva (Mellilo & Ojeda, 2005). Neste seguimento, Zhang et al. (2020) reforçam que os indivíduos detentores de uma maior resiliência são também aqueles que experimentam menor ansiedade e depressão.

Por outro prisma, consegue verificar-se que a resiliência é percebida como equilibradora do stress e da adversidade, ou seja, leva a um balanço entre estas (Mangham et al., 1995). Por esse motivo, a resiliência é muitas vezes encarada como um recurso que funciona como um fator de proteção na existência de situações stressantes ou traumáticas, otimizando uma consecutiva adaptação a essas mesmas situações (Schaap et al., 2009).

Estudos como o de Hu et al. (2005) comprovam que a resiliência está relacionada negativamente com indicadores de um mal-estar a nível mental, nomeadamente: depressão, ansiedade e emoções negativas. Noutra instância, a resiliência relaciona-se positivamente com indicadores de uma saúde mental positiva, designadamente satisfação com a vida, bem-estar subjetivo e emoções positivas (Hu et al., 2005). Por sua vez, Anyan e Hjemdal (2016) anunciam que o surgimento de características de resiliência associa-se a uma diminuição sintomática dos níveis de ansiedade e depressão.

Há assim uma convergência com os achados de MacLeod et al. (2016), que evidenciam no seu estudo que, no que concerne à população idosa, uma maior

resiliência está associada a uma saúde mental mais positiva. White e Warren (2008), em estudos com sujeitos em reabilitação depois de terem sofrido lesões na espinhal medula, demonstram uma correlação negativa e significativa entre resiliência e depressão, onde o aumento da resiliência conduz à diminuição da depressão.

Uma vez que o envelhecimento acarreta uma maior possibilidade de surgirem doenças e incapacidades (Freedman et al., 2002), o desenvolvimento de processos adaptativos e de confronto durante a velhice são essenciais para a manutenção e/ou recuperação do equilíbrio dos sujeitos idosos perante situações stressantes ou adversidades (Arciniega, 2014).

Em virtude disso, a importância de serem promovidas estratégias de *coping* resiliente nas pessoas idosas, posto que estas funcionam como fomentadoras de saúde mental na velhice, comprovam-se como medulares (Smith & Hollinger-Smith, 2015), reduzindo a procura dos serviços de saúde em número avultado e tornando os idosos mais resilientes face a perdas, adversidades ou desafios inerentes ou exteriores ao processo de envelhecimento (Ferreira et al., 2012).

Sucintamente, é capital esclarecer que a resiliência não é sinónimo de imunidade a perturbações do foro mental, pelo que indivíduos resilientes podem de igual forma experimentar distúrbios ou disfunções no seu funcionamento normal (Bonanno, 2004).

Considerando este cenário, os objetivos do corrente estudo são: caracterizar a saúde mental de uma amostra de idosos a viver em Portugal; compreender a capacidade do grupo para lidar com situações adversas (resiliência); perceber em que medida (os participantes consideram que) a COVID-19 influenciou a sua saúde mental e resiliência; e explorar a relação entre saúde mental e resiliência da amostra.

Método⁴

Desenho da Investigação

O presente estudo é de cariz não experimental transversal do tipo descritivo-correlacional (Cunha, 1982).

⁴ Por questões éticas e por indicação da orientadora, um exemplar do protocolo de avaliação é apenas facultado aos membros do júri, em dossiê à parte.

Participantes

Informações sobre a amostra estão presentes na secção Método, subsecção Participantes do Capítulo II (página 55 a 57).

Material

Conforme aquelas que são as variáveis em estudo, seguiu-se a aplicação da versão portuguesa da Escala Breve de *Coping* Resiliente (Sinclair & Wallston, 2003; adaptação portuguesa de Pais Ribeiro & Morais, 2010), com o objetivo de avaliar a resiliência, e o Mental Health Inventory-5 (versão portuguesa de Ribeiro, 2001), que pretende avaliar a saúde mental, assim como um Questionário Sociodemográfico e Clínico e, por último, itens sobre a relação entre as variáveis psicossociais e a COVID-19.

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Informações sobre este instrumento estão presentes na secção Métodos, subsecção Materiais do Capítulo II (página 58).

Itens acerca da relação entre as variáveis psicossociais e a COVID-19: De maneira a obter-se uma melhor compreensão acerca desta relação, optou-se por englobar itens de resposta aberta e de escolha dicotómica (sim ou não). As questões de escolha dicotómica (“Considera que a COVID-19 influenciou a forma como lida com o stress desde o início da pandemia?” “Considera que a COVID-19 influenciou o modo como se sentiu/tem sentido desde o início da pandemia?”) servem como “ponto de partida” para os itens de resposta aberta, pois em caso de resposta positiva (sim), é solicitado aos participantes que elucidem a sua escolha (“Se sim, como?”).

Mental Health Inventory-5 (RAND Corporation), versão portuguesa de Ribeiro (2001): Informações sobre este instrumento estão presentes na secção Métodos, subsecção Materiais do Capítulo 2 (página 58-60).

Escala Breve de Coping Resiliente (Sinclair & Wallston, 2003), versão portuguesa de Pais Ribeiro & Morais (2010): A Escala Breve de *Coping* Resiliente usada neste estudo, consistiu numa adaptação à população e cultura portuguesa da escala original, com o desígnio de avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping* (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

Desta maneira, a presente escala é composta por apenas 4 itens, estes retirados da escala inicial, que motivam a perceção da capacidade que os sujeitos detêm, para lidarem com o stress de forma adaptativa (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

As respostas aos vários itens são dadas de acordo com uma escala ordinal, seguindo o formato de *Likert* que engloba 5 opções de respostas, que variam do “Quase sempre” ao “Quase nunca” (Pais Ribeiro & Morais, 2010). É importante salientar que este é um instrumento de autorresposta e unidimensional, emergindo deste temáticas como: o otimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo face às adversidades (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

A pontuação que caracteriza a capacidade existente para lidar com o stress adaptativamente, varia entre 4 e 20, não havendo a presença de itens com cotação invertida (Pais Ribeiro & Morais, 2010). Porventura, consideram-se com baixa resiliência os indivíduos que detenham uma pontuação inferior a 13 pontos, onde pelo contrário há uma resiliência elevada ou forte em sujeitos que garantam uma pontuação superior a 17 pontos (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

Embora diversos autores assumam que as propriedades psicométricas deste instrumento sejam consideradas fracas, a escala continua a ser útil na recolha de informação, afigurando-se como uma opção conveniente para avaliação da resiliência (Pais Ribeiro & Morais, 2010).

A Tabela 1 mostra a consistência interna da Escala Breve de Coping Resiliente.

Tabela 1

Consistência Interna da Escala Breve de Coping Resiliente

Escala Breve de Coping Resiliente	Presente Estudo (N= 203)	Pais Ribeiro & Morais (2010) (N=501)	De Figueiredo (2018) (N=45)
Número de Itens	4	4	4
Alfa de Cronbach	$\alpha = 0,88$	$\alpha = 0,53$	$\alpha = 0,78$

A Escala Breve de *Coping* Resiliente utilizada neste estudo, indicou uma boa consistência interna tendo em consideração a classificação proposta por Nunnally (1978).

Noutra instância, o estudo de adaptação para a população portuguesa, mostrou um valor de $\alpha = ,53$, o que segundo os padrões psicométricos relatados por Nunnally (1978), é considerado como inadequado e indicativo de uma má consistência interna.

O estudo de De Figueiredo (2018), revela em conformidade com o vigente estudo, uma boa consistência interna no que toca ao uso da Escala Breve de *Coping* Resiliente.

Procedimento

As restantes informações sobre o procedimento, estão presentes para consulta na secção Métodos, subsecção Procedimento do Capítulo 2 (Página 62).

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais sobre os dados recolhidos, sendo que para caracterizar a resiliência e a saúde mental da amostra foi utilizada a análise descritiva, nomeadamente a média, desvio-padrão e frequências de cada item nas escalas.

Previamente à realização das análises inferenciais, procedeu-se à exploração da normalidade da distribuição das escalas totais de resiliência e saúde mental através de testes de Kolmogorov-Smirnov, bem como histogramas e indicadores descritivos (e.g., assimetria, curtose).

Bem assim, para explorar a relação entre saúde mental e: isolamento e contacto com familiares ou amigos/as, optou-se por uma comparação de médias através de *testes-t* para amostras independentes.

Por fim, para examinar a relação entre a resiliência e a saúde mental, e por não se verificarem os pressupostos para a realização de testes paramétricos (e.g., distribuição normal), foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* e utilizou-se uma análise de regressão linear simples, pelo método *Enter*, sendo a variável preditora a resiliência e a variável resposta a saúde mental.

Em tom de finalização, é importante esclarecer, que no presente estudo o nível de significância utilizado foi de 0,05 (Gomes, 2007).

Resultados

1. Caracterização da Saúde Mental

A Tabela 2 apresenta a frequência item a item das opções de resposta do MHI-5, com o intuito de proceder à caracterização da saúde mental da amostra.

Tabela 2. Caracterização da Saúde Mental (N=203)

	Sempre		Quase sempre		A maior parte do tempo		Durante algum tempo		Quase nunca		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Durante quanto tempo no mês passado:												
2. Se sentiu muito nervoso?	14	6,9	27	13,3	41	20,2	60	29,6	44	21,7	17	8,4
3. Se sentiu calmo e em paz?	14	6,9	33	16,3	49	24,1	70	34,5	28	13,8	8	3,9
4. Se sentiu triste e em baixo?	8	3,9	24	11,8	44	21,7	69	34,0	43	21,2	15	7,4
5. Se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada conseguia animar?	8	3,9	17	8,4	32	15,8	56	27,6	46	22,7	43	21,2
6. Se sentiu feliz?	15	7,4	40	19,7	51	25,1	52	25,6	36	17,7	9	4,4

Na presente amostra, uma grande parte das pessoas idosas relatou sentir-se, em relação ao mês anterior, muito nervosa durante algum tempo ou quase nunca. Umhas porções mais reduzidas de idosos/as relataram sentir-se muito nervosas sempre ou nunca.

Uma grande parte das pessoas idosas relatou sentir-se, em relação ao mês anterior, calma e em paz durante a maior parte do tempo, sendo que umas menores porções referiram sempre ou nunca ter experienciado estes sentimentos.

Mais de três décimos das pessoas idosas referiu, no que concerne ao mês anterior, sentir-se triste e em baixo durante algum tempo e um pouco mais de um quinto relatou ter-se sentido triste e em baixo durante a maior parte do tempo ou quase nunca.

Quase três décimos das pessoas idosas manifestaram que, durante o mês que tinha passado, se sentiu tão triste e em baixo que nada as tinha conseguido animar durante algum tempo. Uma pequena parte relatou ter-se sentido desta forma e aproximadamente um quinto nunca.

Aproximadamente um quarto dos/as idosos/as relatou ter-se sentido uma pessoa feliz, no mês anterior, durante algum tempo ou na maior parte do tempo.

Ademais, nove idosos relatam terem-se sentido pessoas felizes sempre. Por outro lado, 15 idosos referiram nunca terem experienciado este sentimento.

Para além dos resultados anteriores, foi realizada uma análise mais fina da amostra, segundo o proposto por Ribeiro (2011) que afirma que os valores do MHI-5 < 60 correspondem a sintomas moderados e valores < 52 correspondem a sintomas graves de sofrimento psicológico.

A Tabela 3 demonstra a caracterização da saúde mental da amostra tendo em conta os valores propostos por Ribeiro (2011).

Tabela 3. *Caracterização da Saúde Mental por Classes (N=203)*

<i>Saúde mental total por classes</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sintomas graves de sofrimento psicológico (0-51)	79	38,9
Sintomas moderados de sofrimento psicológico (52-59)	38	18,7
Sem sintomas significativos de sofrimento psicológico (60-100)	84	41,4
Omisso	2	1,0

Assim, no que concerne à saúde mental, a maioria relativa dos/as idosos/as não apresentou problemas de saúde mental, por não apresentarem sintomas significativos de sofrimento psicológico.

2. Impacto da COVID-19 na Saúde Mental

A Tabela 4 demonstra o impacto percebido da COVID-19 na saúde mental da amostra.

Tabela 4. *Perceção do Impacto da COVID-19 na Saúde Mental (N=203)*

A COVID-19 influenciou a forma como se sentiu/tem sentido	<i>n</i>	%
Sim	82	40,4
Não	117	57,6
Omisso	4	2,0
Total	203	100,0

Na presente amostra, a maioria das pessoas idosas relatou não considerar que a pandemia influenciou como se sentia ou tinha sentido desde o início da mesma.

3. Caracterização da Resiliência

A Tabela 5 apresenta aquela que é a caracterização da resiliência da amostra, consoante uma análise descritiva de média, mediana e desvio padrão.

Tabela 5. *Caracterização da Resiliência da Amostra (N=203)*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	Mínimo	Máximo
Resiliência	12,92	4,54	13,00	4	20

A pontuação mais elevada na Escala Breve de *Coping* Resiliente, foi de quatro e a mais alta foi de 20.

Os valores mínimo e máximo possíveis foram atingidos, visto que o valor mínimo deste estudo foi de 4 e o máximo 20.

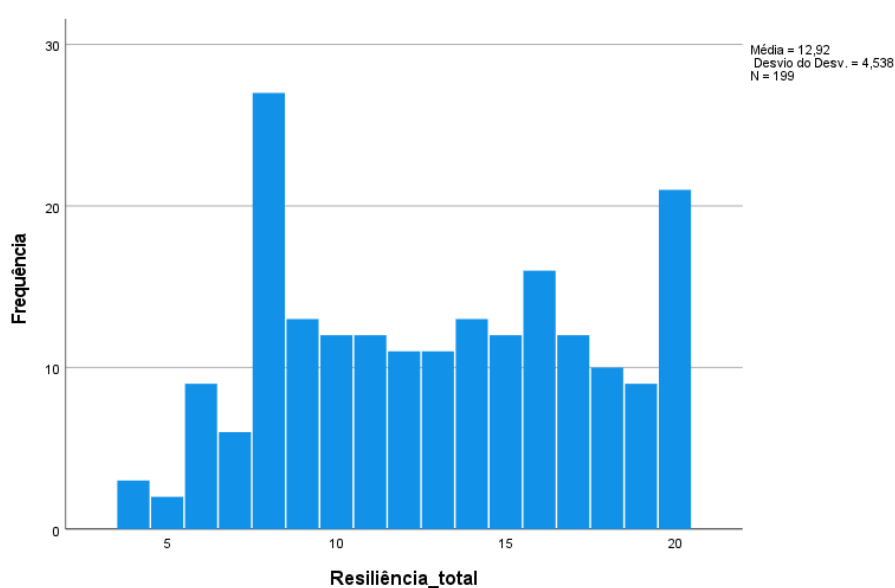
A mediana sendo 13 significa que metade das pessoas apresentaram uma baixa resiliência e a outra metade, valores superiores a 13.

Pode considerar-se que a média indica, em relação ao ponto médio (12), que os níveis de resiliência são tendencialmente médios.

A Figura 1 torna mais clara a caracterização da resiliência da amostra, tendo em consideração as frequências de cada valor da Escala Breve de *Coping* Resiliente.

Figura 1

Histograma de Frequência dos Valores da Escala Breve de Coping Resiliente



O valor mais frequente foi 8, com 25 participantes, seguido de 20, com 21 participantes. Ainda assim, o valor da média e da mediana apontaram para uma distribuição tendencialmente média da resiliência na amostra.

4. Impacto (percebido) da COVID-19 na Resiliência

A Tabela 6 demonstra o impacto percebido da COVID-19 na resiliência da amostra em estudo.

Tabela 6. *Percepção do Impacto da COVID-19 na Resiliência (N=203)*

A COVID-19 influenciou a forma como lidaram com o stress	<i>n</i>	%
Sim	75	36,9
Não	124	61,1

Omisso	4	2,0
--------	---	-----

Na presente amostra, a maioria das pessoas idosas relatou não considerar que a pandemia influenciou a forma como lida com o stress desde o início da pandemia.

Foram ainda considerados os itens de isolamento e contacto com familiares ou amigos durante o isolamento, para uma melhor compreensão daquele que foi o impacto percebido da COVID-19 entre os participantes.

4.1. Resiliência, Isolamento e Contacto com Familiares ou Amigos durante o Isolamento

Verificou-se que o pressuposto da distribuição normal para a realização de testes paramétricos não foi cumprido.

As pessoas idosas que estiveram em isolamento ($Mdn = 11$) apresentaram níveis de resiliência mais baixos em relação àquelas que não o estiveram ($Mdn = 15$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas, $U = 5691,50$, $z = 3,30$, $p = 0,001$. O valor $r = 0,24$ sugere um efeito pequeno a médio.

As pessoas idosas que mantiveram contacto com familiares e/ou amigos/as durante o isolamento ($Mdn = 12,50$) apresentaram níveis de resiliência mais elevados em relação àquelas que não os mantiveram ($Mdn = 10$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas, $U = 1677,50$, $z = -2,15$, $p = 0,032$. O valor $r = -0,19$ sugere um efeito pequeno.

5. Relação entre Saúde Mental e Resiliência

Para explorar a relação entre a resiliência e a saúde mental, e não se tendo verificado o pressuposto da distribuição normal para a realização de testes paramétricos, realizou-se um teste de correlação de Spearman.

Observou-se uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre estes dois construtos, $r = ,51$, $p < ,001$. Por outras palavras, ambas as variáveis psicológicas variavam no mesmo sentido, portanto níveis mais elevados de resiliência estavam associados a níveis mais elevados de saúde mental (i.e., menos problemas de saúde mental).

A Tabela 7 apresenta uma regressão linear, mediante o uso da resiliência como a variável preditora e a saúde mental como a variável de resposta.

Tabela 7. Resultados da Análise de Regressão Linear usando a Resiliência Total como Variável Preditora e a Saúde Mental Total como Variável Resposta (N=203)

	β	t	p	$F(1,189)$	p	R^2	R^2 Aj.
Modelo total				70,12	< ,001	0,26	0,26
Resiliência total	0,58	8,37	< ,001				

Realizou-se, igualmente, uma análise de regressão linear simples utilizando a resiliência como variável preditora (i.e., independente) e a saúde mental como variável resposta (i.e., dependente); por outras palavras, procurou-se averiguar se a resiliência atuava como um preditor da saúde mental na presente amostra.

As análises preliminares indicaram que os pressupostos para a realização da regressão simples se verificaram. O modelo foi estatisticamente significativo, tendo sido 26% da variância na saúde mental explicada pela resiliência, com base no valor ajustado de R^2 .

Verificou-se que, por cada valor adicional na escala de resiliência utilizada (i.e., Escala Breve de Coping Resiliente), a pontuação da escala da saúde mental utilizada (i.e., MHI-5) variava em ,58 valores ($p < ,001$). O modelo final preditor verificado foi o seguinte: Saúde mental total = 11,3 - (3,2 * Resiliência total).

Discussão

No que se refere à saúde mental, a análise específica dos itens que compõem o MHI-5 clarifica a associação que pode ser efetuada entre a saúde mental e a resiliência, podendo a pandemia atuar como uma componente chave desta associação.

Posto isto, o primeiro item (“Durante quanto tempo, no mês passado, se sentiu muito nervoso?”), teve como maioria de resposta a frequência “algum tempo”, que se situa no centro das opções de resposta, o que lhe pode conferir um carácter mais médio ou central. Neste sentido, pela amostra não relatar ter sentido quaisquer mudanças na forma como se tem sentido desde o início da pandemia, mostrando níveis de saúde mental médios, justifica-se apenas terem experienciado muito nervosismo por algum tempo, ou seja, não por pouco tempo, como também não por muito tempo.

Contudo, estes resultados não são partilhados por Berard et al. (2021) e Filgeiras & Kolehmainen (2021), visto que no seu estudo enfatizaram um aumento de perturbações do foro mental e declínio da saúde em geral. Por seu turno, também Hansel et al. (2020) vêm realçar esta ideia, certificando que os contextos disruptivos, podem favorecer o aparecimento de perturbações psicológicas e diminuição dos níveis de saúde mental.

Não obstante, a maior parte da amostra relatou ter-se sentido “calmo e em paz”, “a maior parte do tempo”, o que vai ao encontro da resiliência no presente estudo, ser tendencialmente média e por não se ter alterado a forma como os idosos lidam com o stress desde a pandemia. Assim, os participantes continuam estáveis nestes aspetos, relevando capacidades para lidarem com o stress.

O estudo de Aguerre (2002) corrobora precisamente o enunciado, verificando uma prevalência de indivíduos idosos que possuem uma capacidade elevada para gerenciar a sua vida e suportarem as adversidades, levando com isto uma vida relativamente positiva.

Porém, quando questionados acerca de se sentirem “triste e em baixo”, houve uma disparidade nas respostas. Por um lado, 69 participantes afirmaram que isto ocorreu “durante algum tempo”, mas por outro, 44 referiram que se sentiram desde modo a “maior parte do tempo”. Este achado é de certa forma incongruente, visto que a saúde mental da amostra possui valores médios. Sem embargo, a análise mais detalhada deste item leva ao entendimento que embora na generalidade a amostra revele que a pandemia não alterou a forma como se sente ou tem sentido, quando se particulariza, vê-se que a pandemia pode sim deter alguma influência, ainda que pequena. Ainda assim, podem existir diversos fatores que possam ter contribuído para a acentuação desta tristeza, sem que tivessem sido referenciados neste estudo.

Atendendo a isto, Brooks et al. (2020) vão ao encontro dos resultados da corrente investigação, apontando que a pandemia surtiu efeitos negativos na saúde mental dos indivíduos, desenrolando-se diversas sequelas a nível da mesma. Como tal, Barari et al. (2020) e Pancani et al. (2020) comprovam de igual modo que o desenvolvimento de transtornos mentais pode ocorrer devido às restrições impostas na pandemia.

Em contradição ao que foi dito anteriormente, a questão (“Durante quanto tempo, no mês que se passou, se sentiu triste e em baixo de tal modo que nada o conseguia

animar?”), teve na sua grande maioria respostas com tendência negativa ou central, mais concretamente com as opções de resposta “durante algum tempo”, “quase nunca” e “nunca” a serem as mais escolhidas pela amostra. Este achado, de uma forma sucinta, converge com os resultados do estudo, visto que existem valores médios de saúde mental e valores médios de resiliência, sem a influência percebida da pandemia nestas duas variáveis, significando que a saúde mental se encontra estável, ao mesmo tempo que existe a capacidade de lidar com as adversidades impostas pela pandemia devido à resiliência média.

Sem embargo, Bailey et al. (2021) não partilham os mesmos resultados com o atual estudo, referindo que aproximadamente 40% dos idosos participantes alegaram que a sua saúde mental piorou significativamente quando surgiu a COVID-19. Em compensação, no tocante à resiliência, estudos pré pandémicos como o de Fortes et al. (2009) observaram que a média que se obteve por uso da Escala da Resiliência foi deveras alta, demonstrando que os idosos participantes no estudo conseguiram superar os contratempus que surgiram nas suas vidas, adaptando-se às mesmas, o que de certa forma converge com o alcançado neste estudo.

Por último, no que concerne à análise particular dos itens, a maior parte da amostra questionada neste estudo referiu que se sentiram “a maior parte do tempo”, pessoas felizes, o que converge com a análise efetuada, dado que a maior parte dos inquiridos evidenciam valores de saúde mental médios, sem que a pandemia tenha diminuído os mesmos ou modificado a forma como se sentem. A resiliência pode ainda atuar aqui, como forma de impossibilitar que os fatores e as restrições adjacentes da pandemia apresentem condicionantes para a saúde mental dos idosos e posterior felicidade dos mesmos.

Rodrigues e Tavares (2020) certificam o constatado no vigente estudo, elucidando que apesar das divergências e perdas associadas à pandemia, os idosos conseguem “dar a volta” e ultrapassar os desafios, mantendo um bem-estar diário e uma saúde mental estável, maioritariamente devido à ampla presença da resiliência.

No entanto, quando é realizada uma análise mais fina e minuciosa da saúde mental, tendo em conta os valores estabelecido por Ribeiro (2011), é perceptível que a maior parte da amostra não apresentou problemas de saúde mental, pela ausência de sintomas significativos de sofrimentos psicológico.

Por sua vez, estes resultados vão ao encontro do estudo de Fontaine (2000), por ter verificado uma pontuação relativamente elevada de saúde mental numa amostra composta por 100 idosos.

A amostra considerou que a pandemia não impactou a forma como se sentiu desde o seu início. No entanto, estudos desenvolvidos no âmbito do SARS-CoV-2 comprovam que a saúde mental foi a vertente que mais sofreu com a chegada da pandemia, com elevadas sequelas a nível da mesma (Brooks et al., 2020).

Nesta mesma linha de pensamento, Barari et al. (2020) e Pancani et al. (2020) afirmam também que com base nas restrições pandémicas, nomeadamente a quarentena, o desenrolar de transtornos mentais, tais como a ansiedade ou depressão, foram cada vez mais comuns.

Em relação à resiliência, os participantes apresentaram valores médios da mesma que apesar de positivos, não se demonstraram tão elevados como seria exetável, visto que em estudos como o de Heidi et al. (2022) os idosos têm sido apontados como a faixa etária mais resiliente durante a COVID-19.

Por seu turno, Yu et al. (2022) corroboram isto, na afirmação de que níveis mais elevados de resiliência levam a uma resistência acrescida à adversidade, com repercussões positivas na saúde mental dos indivíduos.

Tal como na saúde mental, foi também averiguado o efeito percebido que a pandemia suscitou na resiliência, pelo que se constatou que a COVID-19 não teve um impacto percebido na mesma, nem na forma como o *coping* ocorreu em relação ao stress.

Por sua vez, este resultado não converge com o elucidado por Chin et al. (2021), que afirma que houve uma diminuição da capacidade de se fazer frente ao stress com a chegada da pandemia, levando a uma destabilização na resiliência dos indivíduos.

Zhang et al. (2020), reforçam o acima referido, revelando que indivíduos com maior resiliência, experimentam menos ansiedade e depressão, quando comparados com aqueles que têm níveis mais baixos da mesma.

De forma a possibilitar uma compreensão mais detalhada do papel da pandemia e fatores a esta associados, foram exploradas as diferenças ao nível da resiliência entre o

grupo de pessoas idosas que estiveram em isolamento durante a pandemia COVID-19 e o grupo daquelas que não estiveram.

Assim, verificou-se que os idosos/as que estiveram em isolamento evidenciaram níveis de resiliência mais baixos comparativamente aos que não estiveram.

Neste sentido, Killgore et al. (2020) vão ao encontro do anteriormente referido indicando que a resiliência foi menor na terceira semana de isolamento devido à COVID-19 em comparação com os dados normativos recolhidos antes da pandemia.

Por outro lado, entender como a resiliência funcionou nos idosos/as que durante o isolamento estabeleceram contacto com familiares ou amigos, comparando com quem não efetivou esse contacto, foi também importante para refletir acerca do papel da COVID-19 nessa variável.

Desta maneira, os idosos/as que durante o isolamento estiveram em contacto com familiares ou amigos evidenciaram valores de resiliência mais elevados do que aqueles que não realizaram este contacto.

O estudo desenvolvido por Ferreira (2012) com uma amostra de 65 idosos, permitiu à semelhança do atual estudo, concluir que quanto maior é o suporte social, maiores são os níveis de resiliência, havendo correlação positiva entre estas variáveis.

Em referência à relação entre saúde mental e resiliência, verifica-se que ambas as variáveis variam no mesmo sentido, significando que valores mais elevados de resiliência se associam com valores mais elevados de saúde mental.

Este resultado é partilhado por MacLeod et al. (2016), ao evidenciarem que níveis mais elevados de resiliência na população idosa estão ligados a uma saúde mental mais positiva, refletindo-se em última instância em níveis de depressão mais baixos.

Noutra perspetiva, White e Warren (2008) constataram no seu estudo com sujeitos em reabilitação após lesão da espinhal medula, uma correlação negativa e significativa entre resiliência e depressão, onde os sujeitos que demonstraram mais resiliência foram também os que demonstram menor depressão e assim reciprocamente.

O presente estudo pretendeu ainda explorar se a resiliência poderia atuar como preditor de saúde mental na amostra em análise, o que de facto foi comprovado, o que determina que a saúde mental pode ser explicada parcialmente pela resiliência.

Consequentemente, a OMS (2009) valida o achado anterior, referindo que a saúde mental anda lado a lado com a resiliência, sendo um elemento fundamental da mesma. Ao mesmo tempo, Lopes (2015), no seu estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados, indica a existência de uma relação preditiva entre resiliência e saúde geral (física e mental), sendo que níveis de resiliência mais elevados predizem uma melhor saúde no geral.

Sumariamente, tudo isto demonstra que existe efetivamente uma relação entre a saúde mental e a resiliência, onde uma poderá influenciar a outra. De um modo geral, esta relação é evidente neste estudo, podendo a manutenção da resiliência e da saúde mental em tempo tão adversos ser sinónimo que esta faixa etária encontrou forças e capacidades para fazer face aos desafios que lhes foram impostos com a pandemia, apesar de que esta não impactou significativamente na vida dos senescentes desta amostra.

Ainda assim, não existiram problemas significativos de saúde mental pelo que a mesma permaneceu relativamente estável, com a amostra a relatar sentir-se feliz na maior parte das vezes, o que individualmente é uma conclusão particularmente interessante, dado que a pandemia trouxe consigo várias transformações e mudanças, que nem sempre se denotaram como positivas, especialmente para a senescência que se denota como vulnerável e com exigências mais exclusivas.

Conclusão

Esta investigação objetivou concentrar-se na caracterização da saúde mental, ao mesmo tempo que tentou perceber a capacidade dos indivíduos idosos para lidarem com situações adversas, mais concretamente, a sua resiliência, identificando a relação entre estas duas variáveis e a influência da situação pandémica nas mesmas.

Assim, os resultados deste estudo permitiram entender que o grupo de idosos participantes evidenciou valores médios de saúde mental, ao mesmo tempo que revelou valores tendencialmente médios de resiliência, o que pode ser considerado positivo na atual situação pandémica, visto que as competências para lidarem com as consequências da COVID-19 de modo individual pode, por si só, levar a que os valores de saúde mental se mantenham médios.

Contudo, ainda que os objetivos deste estudo tenham sido cumpridos, algumas limitações podem ser encontradas. Primeiramente, a identificação de pouca literatura acerca da resiliência e de poucos estudos que contemplem a mesma, em grande parte devido a ser uma temática relativamente recente, leva a que a discussão de resultados fique pouco rica e concisa. Neste sentido, a aposta em investigações que fizessem referência a este construto poderia conduzir a estudos mais complexos e com a possibilidade de alargar os conhecimentos em relação ao mesmo.

A par disso, o estudo de adaptação para a população portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente mostra propriedades psicométricas fracas, conferindo-lhe características de inadequação e, em suma, uma má consistência interna, quando em comparação com a consistência interna da amostra em estudo. No entanto, optou-se por utilizar esta escala por segundo Epstein (1983) “um instrumento de avaliação psicológica, para ser útil, não tem de evidenciar valores psicométricos elevados”.

Contudo, apesar dos padrões psicométricos da escala na amostra de adaptação não semelhantes aos dos corrente estudo, seria benéfico em estudos futuros substituir este instrumento por outro que evidenciasse uma psicomетria mais favorável.

Para além de tudo isto, pelo motivo da Escala Breve de *Coping* Resiliente ter sido validada com base numa amostra de jovens, constitui-se como uma limitação para este estudo, uma vez que a avaliação do *coping* resiliente em idosos deveria ser idealmente realizada, através de medidas que abrangessem as características da população idosa.

No entanto, sabe-se que esta escala pode ser aplicada à população em geral, pelo que seria apenas pertinente, optar por um instrumento desenhado especificamente para a população geriátrica para ver se são observadas ou não diferenças estatísticas e/ou clínicas.

Sugere-se, então, que outra escala possa ser utilizada em detrimento da anterior, como é o caso da Resilience Scale for Older Adults (RSOA), que avalia a resiliência física e psicológica de idosos, ao mesmo tempo que faculta informações pertinentes acerca do modo como esta população lida com a adversidade, predizendo a sua satisfação com a vida. No entanto, tanto quanto foi possível apurar, este instrumento não está validado nem adaptado para a população portuguesa, podendo em estudos futuros levar-se a cabo esta adaptação, incluindo-a em investigações futuras.

Além disso, a relação entre resiliência e saúde mental é pouco abordada em estudos empíricos, o que pode dificultar a operacionalização destas variáveis em termos mais clínicos e/ou teóricos, aliando-se isto ao facto de a população idosa ser escassamente considerada nessa relação.

Para fazer face a esta limitação, recomenda-se que mais estudos empíricos possam ser elaborados para averiguar a relação entre saúde mental e resiliência na população idosa, favorecendo um maior número de resultados.

Ademais, em virtude de a amostra conseguida ser de conveniência e não probabilística, é importante ter em atenção que não devem ser realizadas generalizações no que concerne aos resultados, visto que estes devem referir-se exclusivamente à amostra deste estudo.

Porventura, independentemente de um dos métodos de recolha de dados envolver a partilha nas redes sociais do protocolo de avaliação, a população em estudo nem sempre tem acesso ao mundo virtual ou não sabe como utilizar as novas tecnologias, o que pode ter sido um fator decisivo para a não participação dos mesmos, ainda que este fosse o método mais seguro e viável, considerando as medidas sanitárias estipuladas.

Face a isto, visitas domiciliares a idosos com autorização da autarquia do município de residência da investigadora, poderiam ser futuramente concebidas, permitindo uma maior participação dos idosos, que não reúnem condições ou possibilidades para aceder ao inquérito. Por outro lado, no caso dos idosos que têm acesso a aparelhos tecnológicos e redes sociais, mas que não entendem como é realizado o preenchimento do formulário, poderia ser ulteriormente estruturado um documento que explique passo a passo como o mesmo é feito.

Perante os resultados alcançados, entende-se que a necessidade de serem implementadas intervenções que objetivem a manutenção da saúde mental nos idosos, evitando a diminuição da resiliência e posterior capacidade para lidarem com as adversidades, é basilar na situação atípica se vivencia nos dias de hoje.

Desta forma, adotar medidas de promoção de saúde mental e dotar a população idosa de estratégias para fazerem frente aos desafios e consequências

derivadas da pandemia podem constituir-se como opções favoráveis e oportunas, reduzindo com isto o impacto da pandemia nesta faixa etária em específico.

No âmbito disto, a presente investigação estabelece-se como um contributo importante para a investigação da saúde mental dos idosos portugueses, alertando para os fatores que possam despoletar riscos psicossociais e/ou emocionais para a população idosa, como o isolamento e ausência de contactos durante o mesmo, ao mesmo tempo que presta contributo para garantir uma intervenção adequada em contexto de crise, como por exemplo a necessidade de serem pragmatizadas ações de promoção de saúde mental na senescência.

Considerando o impacto da COVID-19 na saúde mental dos grupos de risco, nomeadamente os idosos, patenteia-se como essencial reforçar o seu acesso a políticas de assistência, nomeadamente ajuda psicológica, que permitam auxiliar o enfrentamento, levando a que estes consigam lidar com os stressores psicossociais adjacentes da pandemia.

Assente nisto, um maior investimento na saúde mental da população idosa portuguesa, com o aumento de apoios psicossociais e atuações multifocais, poderão ser medulares para o mingramento das implicações psicológicas futuras.

Em último lugar, deverá ser definido um maior enfoque na resiliência aquando da velhice, principalmente por ser um fator de relevo para uma boa saúde mental. Nesta perspetiva, trabalhar e avaliar este construto no decorrer e após a pandemia, poderá motivar e facultar uma melhor “preparação” caso haja uma nova incidência de algum evento adverso, contribuindo simultaneamente para um entendimento mais aprofundado daquele que é o processo adaptativo dos senescentes.⁵

⁵ As referências bibliográficas relativas a cada secção da dissertação aparecem no final da mesma.

Conclusão

Conclusão

O envelhecimento populacional tem vindo a constituir-se nos últimos anos como uma problemática, particularmente em Portugal, que se denota como um país cada vez mais envelhecido. Considerando aquela que é a complexidade do ciclo vital, a pertinência de estudar este fenómeno tem-se como acrescida, reconhecendo as diferentes possibilidades de intervenção e antecipando o desenvolvimento de medidas que possibilitem aos idosos uma melhor saúde em geral.

Desta forma, a saúde mental, que assume um papel de centralidade na vida das pessoas idosas (Garbin et al., 2010), tem vindo a exacerbar-se dada a situação pandémica que se vive em território nacional, levando a impactos significativos na mesma. Este impacto pode, por sua vez, levar ao condicionamento do bem-estar psicológico da população idosa, propiciando o desenvolvimento de ansiedade, depressão e/ou outras perturbações do foro mental.

Junto disso, o isolamento social imposto para conter a propagação da doença tem facilitado o aumento da solidão, principalmente pela diminuição do suporte social que se denota como fundamental nesta faixa etária (Ammar et al., 2020), favorecendo a ocorrência ou agravamento de sintomatologia psicopatológica nos idosos e, portanto, uma atenuação da sua saúde mental.

Sem embargo, a resiliência deverá ser mais valorizada e considerada entre a população idosa permitindo através do *coping* uma adaptação a situações adversas como é o caso do surto pandémico vigente, o que poderá ser sinónimo de uma saúde mental mais positiva (Ribeiro & Morais, 2010).

Assim, o presente estudo propôs-se a explorar as variáveis saúde mental, solidão e resiliência, analisando a relação entre estas, bem como a perceção do impacto que a COVID-19 teve nas mesmas. Sendo assim, estabeleceram-se objetivos distintos em cada capítulo, partindo primeiramente de uma revisão sistemática relativa ao tema e culminando em dois estudos empíricos acerca do mesmo.

O Capítulo I focou-se numa revisão sistemática, com a intenção de analisar estudos sobre a saúde mental, solidão e resiliência em idosos durante a pandemia COVID-19, entendendo quais os instrumentos mais utilizados na avaliação destas variáveis. Percebeu-se, assim, que os instrumentos mais utilizados foram o *Patient*

Health Questionnaire (PHQ9), a Escala de Solidão da UCLA e a *Connor-Davidson Resilience Scale*, com a maioria dos estudos a serem realizados nos EUA.

Perante a análise dos resultados obtidos, apurou-se, de um modo geral que uma maior solidão leva a uma maior incidência de sintomas psicopatológicos, com um impacto negativo na saúde mental dos indivíduos. Noutra instância, quanto maiores os níveis de resiliência, menores serão os níveis de ansiedade, stress e depressão vivenciados, o que leva a uma saúde mental mais positiva. No entanto, a relação entre as três variáveis em estudo é escassamente estudada e pouco visível nos estudos contemporâneos.

O Capítulo II descreve um estudo empírico delineado para confirmar e/ou infirmar a informação encontrada na literatura acerca da Saúde Mental e Solidão. Assim, dos resultados obtidos, destacam-se: que a amostra de idosos portugueses avaliada apresenta valores médios de saúde mental e valores baixos de solidão; que a pandemia COVID-19, de um modo geral, não influenciou a forma como os idosos/as se sentem ou têm sentido e a solidão que sentiram ou têm sentido desde o início da pandemia; que o isolamento esteve associado a valores mais baixos de saúde mental e valores mais elevados de solidão; que o contacto com os familiares ou amigos durante o isolamento esteve associado a um aumento da saúde mental e uma diminuição da solidão entre a amostra; que existe uma correlação negativa entre saúde mental e solidão, o que traduzido demonstra que valores mais elevados de solidão estavam associados a valores mais baixos de saúde mental; e que, ao aplicar a regressão linear, verificou-se que a solidão atuou como um preditor de saúde mental na presente amostra.

O Capítulo III comporta igualmente um estudo empírico, mas com a intenção de verificar se os dados presentes na literatura convergem com os obtidos na vigente investigação relativamente à Saúde Mental e Resiliência. Por seu turno, os resultados alcançados ressaltam: que os participantes do estudo não apresentaram sintomas significativos de sofrimento psicológico; que a amostra demonstrou valores médios de resiliência; que a pandemia COVID-19, na sua generalidade, não influenciou a forma como os idosos/as se sentem ou têm sentido e a forma como lidaram ou lidam com o stress desde o início da pandemia; que o isolamento esteve associado a valores de resiliência mais baixos; que o contacto com os familiares ou amigos durante o isolamento, esteve associado a um aumento da resiliência; que existe uma correlação positiva entre saúde mental e resiliência, visto que valores mais elevados de resiliência

se associaram a valores mais elevados de saúde mental; que, mediante a regressão linear, verificou-se que a resiliência atuou como um preditor de saúde mental na presente amostra; e que ao relacionar a resiliência a itens específicos do MHI-5, entendeu-se que os idosos/as com valores mais elevados de resiliência são aqueles que pontuam os itens com valores de frequência mais elevados, ao mesmo tempo que as pessoas idosas com valores elevados de resiliência tendem ligeiramente a experienciar sentimentos positivos, manifestando mais frequentemente, uma saúde mental com tónica mais positiva.

Considerando os resultados obtidos, apurou-se que, mediante a literatura consultada, foram sempre descobertos estudos empíricos com a intenção de confirmar os mesmos, ainda que isto possa causar equívocos, pelo facto de os instrumentos de avaliação usados não convergirem na maior parte das vezes com a literatura encontrada.

No que concerne à identificação das limitações do estudo e apresentação de propostas para estudos futuros, visto que a maior parte da literatura e investigação sobre saúde mental tem como foco a ansiedade e depressão, seria oportuno num estudo futuro, não só utilizar o MHI-5, mas outros instrumentos que se foquem na ansiedade e depressão para entender se os resultados vão no mesmo sentido ou não.

Ainda neste contexto, pode apontar-se como limitação a inexistência de uma quantidade razoável de literatura científica na contemporaneidade relativa à temática em estudo, impossibilitando uma comparação mais aprofundada em relação aos resultados alcançados nesta investigação e, assim, impedindo a obtenção de conclusões inovadoras.

Aliado a isto, o uso da B-on e Google Académico constitui-se como uma das grandes limitações deste estudo, primeiramente pela B-on restringir os seus conteúdos a quem tem assinaturas virtuais, ou seja, nem todos os indivíduos conseguem ter acesso aos mesmos artigos. Por outro lado, o Google Académico, apesar de contemplar uma multiplicidade de artigos científicos, torna difícil entender se a versão disponível é a final ou apenas um rascunho de pré-publicação, dificultando o acesso na íntegra às fontes científicas. Em virtude disso, optar pela PubMed seria o mais correto, por ser considerada a principal fonte de literatura biomédica do mundo (Williamson & Minter, 2019) e, portanto, um recurso altamente confiável de pesquisa, desenhado especificamente para a área de medicina e saúde.

Dado que este estudo possui um desenho transversal, que não permite inferir associações causais entre as variáveis assinaladas, seria pertinente que este futuramente pudesse seguir linhas longitudinais de investigação, através da observação ao longo do tempo daquela que é a influência da pandemia nos idosos. Isto seria igualmente favorável visto que Portugal está a entrar numa vaga diferente da COVID-19, pelo que seria pertinente entender se esta teve uma incidência mais negativa ou positiva na saúde mental dos senescentes.

Noutra vertente, o desenvolvimento de comparações a nível da saúde mental, solidão e resiliência durante o período de confinamento e o período sem confinamento, poderia ser desenvolvida em estudos futuros, para permitir um maior conhecimento dos efeitos provenientes das medidas de restrição na população idosa.

Tal-qualmente, em estudos futuros poderia ainda tentar estabelecer-se a relação entre solidão, saúde mental e resiliência, explorando a relação destas variáveis com características sociodemográficas, como por exemplo o sexo, estado civil, escolaridade, entre outros.

Tendo em consideração a complexidade do tema, sugere-se que em estudos futuros possa ser efetuada uma análise qualitativa para valorizar as perceções dos idosos/as quanto ao tema da saúde mental, solidão e resiliência tendo em conta a COVID-19.

Sublinha-se que apesar das limitações e pontos a melhorar em futuros estudos, a presente investigação, na sua generalidade, conseguiu ir ao encontro dos objetivos previamente delimitados, respondendo a estes.

Neste sentido, os resultados atingidos denotaram-se como significativos, podendo prestar contributo para ampliar o conhecimento no que diz respeito às variáveis em estudo. Ademais, continuar a desenvolver estudos sobre esta temática afigura-se como promissor, visto que a mesma ainda é relativamente recente e carece de um enfoque mais especializado.

Em conclusão, considera-se que o presente estudo favoreceu a evolução da compreensão sobre a saúde mental, solidão e resiliência em idosos no âmbito da COVID-19, quer no ponto de vista da investigação como no da prática clínica, demonstrando que a saúde mental pode associar-se a variáveis de naturezas divergentes.

Referências Bibliográficas

Introdução

- Bavel, J., 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., ... 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>
- Calha, A., Arriaga, M., & Cordeiro, R. (2014). Prevalência da Solidão e Depressão na População Idosa Residente na Zona Histórica da Cidade de Portalegre. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 9-14. <https://www.researchgate.net/publication/263429333>
- Delen, D., Eryarsoy, E., & Davazdahemami, B. (2020). No Place Like Home: Cross-National Data Analysis of the Efficacy of Social Distancing During the COVID-19 Pandemic. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), 19862. <https://doi.org/10.2196/19862>
- de Lima Monteiro, I. V., de Figueiredo, J. F. C., & Cayana, E. G. (2021). Idosos e saúde mental: impactos da pandemia COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6050-6062. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-162>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas- 2020*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>
- Jones, D. S. (2020). COVID- 19, history, and humility. *Centaurus*, 62(2), 370-380. <https://doi.org/10.1111/1600-0498.12296>
- Lloyd-Sherlock, P., Ebrahim, S., Geffen, L., & McKee, M. (2020). Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 368, 1052. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>
- Magalhães, J., Mendes, R., Silva, C., Silva, S., Guarines, K. M., Pena, L., & Others for the Pernambuco COVID-19 Research Group (2020). Epidemiological and clinical characteristics of the first 557 successive patients with COVID-19 in Pernambuco state, Northeast Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 38, 101884. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101884>
- Neto, F. (1989). Escala de Solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica*, (2), 65-79.

- PORDATA. (2020). *Retrato de Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2020v20200710/mobile/index.html>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Placébo.
- Ribeiro, J.L.P. (2001). Inventário de Saúde Mental: Um estudo de adaptação para a população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99. <http://hdl.handle.net/10400.12/1039>
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13. <http://hdl.handle.net/10400.12/1096>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: a structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317–326. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615737>
- United Nations (2021, Outubro 10). *The Pandemic Accelerant: How COVID-19 Advanced Our Mental Health Priorities*. UN Chronicle. <https://www.un.org/en/un-chronicle/pandemic-accelerant-how-covid-19-advanced-our-mental-health-priorities>
- Windle, G., Woods, R. T., & Markland, D. A. (2010). Living with ill-health in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 763-777. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9172-3>.
- Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S., Huang, H., Zhang, L., Zhou, X., Du, C., Zhang, Y., Song, J., Wang, S., Chao, Y., Yang, Z., Xu, J., Zhou, X., Chen, D., Xiong, W., Xu, L., ... Song, Y. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 934–943. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>

Capítulo I

- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7(3), 212–216.
<https://doi.org/10.1080/1360786031000101193>
- Alves, A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131.
[https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos*. Climepsi.
- Biblioteca do Conhecimento Online. (2022, Março 15). *Quem Somos*.
<https://www.b-on.pt/quem-somos/>
- Blazer D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6(4), 315–324.
<https://doi.org/10.1080/1360786021000006938>
- Busse, E. W., & Blazer, D. G. (1999). *Psiquiatria gerátrica*. Artmed.
- 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>
- Creese, B., Khan, Z., Henley, W., O'Dwyer, S., Corbett, A., Vasconcelos Da Silva, M., Mills, K., Wright, N., Testad, I., Aarsland, D., & Ballard, C. (2021). Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *International Psychogeriatrics*, 33(5), 505–514.
<https://doi.org/10.1017/S1041610220004135>
- de Jong-Gierveld J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119–128.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.1194>
- Dziedzic, B., Idzik, A., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Kryczka, T., Fidecki, W., & Wysokiński, M. (2021). Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 21(1), 1976.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12029-4>

- Even 3 Blog. (2022, Abril 2). Google Académico: como acessar, pesquisar e depositar artigos. *Even 3 Blog*. <https://blog.even3.com.br/google-academico-como-usar/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Laranjeira, C. A. S. D. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000300012>
- Luanaigh, C. O., & 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>
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 37(4), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Müller, F., Röhr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Social Isolation and Loneliness during COVID-19 Lockdown: Associations with Depressive Symptoms in the German Old-Age Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073615>
- Mumtaz, A., Manzoor, F., Jiang, S., & Anisur Rahaman, M. (2021). COVID-19 and Mental Health: A Study of Stress, Resilience, and Depression among the Older Population in Pakistan. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 424. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040424>
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354–362. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020, Outubro 10). *Crise Económica, Pobreza e Desigualdades – Relatório sobre Impacto Socioeconómico e Saúde Mental em Portugal* [Relatório]. Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/crise_econamica_pobreza_e_desigualdades.pdf

- Ouanes, S., Kumar, R., Doleh, E., Smida, M., Al-Kaabi, A., Al-Shahrani, A. M., Mohamedsalih, G. A., Ahmed, N. E., Assar, A., Khodoruth, M., AbuKhattab, M., Maslamani, M. A., & AlAbdulla, M. A. (2021). Mental Health, resilience, and religiosity in the elderly under COVID-19 quarantine in Qatar. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *96*, 104457. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104457>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, *88*, 105906. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pais, J. M. (2016). *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*. (3ª edição). Edições Machado.
- Paul, 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., & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, *19*(1), 53-60. <https://doi.org/10.1017/S0959259809990074>
- Peplau, L., Miceli, M., & Morasch, B. (1982). Loneliness and Self Evaluation. In D. Perlman & L. Peplau (Orgs.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 135-151). A wiley-interscience publication. <https://publications.cnr.it/doc/312782>
- Perlman D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian journal on aging = La Revue Canadienne du Vieillissement*, *23*(2), 181–188. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0025>
- Pérez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Martínez-Huertas, J. A., Velasco, C., Carretero, I., López-Frutos, P., Galarraga, L., & Pillemer, K. (2021). Older People's Personal Strengths During the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Psicothema*, *33*(3), 423–432. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.453>
- Pinheiro, D. P. N. (2004). Resilience in discussion. *Psicologia em estudo*, *9*(1), 67-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. <https://doi.org/10.1207/153248301753225702>
- Polenick, C. A., Perbix, E. A., Salwi, S. M., Maust, D. T., Birditt, K. S., & Brooks, J. M. (2021). Loneliness During the COVID-19 Pandemic Among Older Adults With Chronic Conditions. *Journal of Applied Gerontology : The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 40(8), 804–813. <https://doi.org/10.1177/0733464821996527>
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N., Khamwong, M., Jingmark, S., Thaniwattananon, P., Pisaipan, P., ... & Bunyapakorn, S. (2021). The impact of resiliency on mental health and quality of life among older adults in Thailand. *Journal of Health Research*. <http://dx.doi.org/10.1108/JHR-02-2021-0099>
- Rech, T. F. (2011). *A Resiliência em Idosos e sua Relação com Variáveis Sócio-Demográficas e Funções Cognitivas* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. PUCRS Biblioteca Digital de Teses e Dissertações.
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13. <http://hdl.handle.net/10400.12/1096>
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação Comunitária de uma População de Idosos: da Funcionalidade à Utilização de Serviços* [Tese de Doutorado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Röhr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. *BMC Geriatrics*, 20(1), 489. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01889-x>
- Rokach, Ami & Bacanlı, Hasan. (2001). Perceived causes of loneliness: A cross-cultural comparison. *Social Behavior and Personality: an International Journal*. 29, 169-182. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2001.29.2.169>
- Sams, N., Fisher, D. M., Mata-Greve, F., Johnson, M., Pullmann, M. D., Raue, P. J., Renn, B. N., Duffy, J., Darnell, D., Fillipo, I. G., Allred, R., Huynh, K., Friedman, E., & Areán, P. A. (2021). Understanding Psychological Distress and Protective Factors Amongst Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American*

- Association for Geriatric Psychiatry*, 29(9), 881–894.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.03.005>
- Savcı, C., Cil Akinci, A., Yildirim Usenmez, S., & Keles, F. (2021). The effects of fear of COVID-19, loneliness, and resilience on the quality of life in older adults living in a nursing home. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 42(6), 1422–1428. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.09.012>
- 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. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1200–1204. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.018>
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspetiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 137-156). Climepsi.
- Valada, M. J. D. S. (2011). *A Arte da Vida: Caminhar pelo Envelhecimento com Resiliência e com Qualidade de Vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia]. Repositório Científico Lusófona.
- van Kessel G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. *Geriatric Nursing*, 34(2), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.011>
- Vannini, P., Gagliardi, G. P., Kuppe, M., Dossett, M. L., Donovan, N. J., Gatchel, J. R., Quiroz, Y. T., Premnath, P. Y., Amariglio, R., Sperling, R. A., & Marshall, G. A. (2021). Stress, resilience, and coping strategies in a sample of community-dwelling older adults during COVID-19. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 176–185. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.050>
- Victor, C. R., Scambler, S., Shah, S., Cook, D. G., Harris, T., Rink, E., e De Wilde, S. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts. *Ageing and Society*, 22(5), 585-597. <https://doi/10.1017/S0144686X02008784>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02918-7>
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, 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 (2004). The World health report: 2004: changing history. *World Health Organization*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42891/924156265X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2018, Março 30). Mental health: strengthening our response. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2020) Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *World Health Organization*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Capítulo II

- Alves, A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet. Public Health*, 5(5), 256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Baig, A. M. (2020). Neurological manifestations in COVID-19 caused by SARS-CoV2. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 26(5), 499–501. <https://doi.org/10.1111/cns.13372>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224), 37–38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Barbetta, P. A. (2002). *Estatística Aplicada as Ciências Sociais*. UFSC.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos Teóricos y Aplicaciones*. Siglo XXI.
- Barroso, V. L & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Bäuerle, A., Skoda, E. M., Dörrie, N., Böttcher, J., & Teufel, M. (2020). Psychological support in times of COVID-19: the Essen community-based CoPE concept. *Journal of Public Health*, 42(3), 649–650. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa053>
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E. M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
- Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., & Calderón-Larrañaga, A. (2020). Are Loneliness and Social Isolation Associated with Quality of Life in Older Adults? Insights from Northern and Southern Europe.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8637. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339–1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1339>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P. G. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, 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>
- 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>
- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>
- Carvalho, S. R. (2013). Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças. In: Barroso, M. (Ed.). *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudanças* (pp. 174-183). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100029>
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, 61(7), 350–356. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>
- Coleman, P. G., & O’Hanlon, A. (2017). *Aging and Development: Social and Emotional Perspectives*. Routledge.

- Conselho Nacional de Saúde. (2019, Dezembro 16). *Sem Mais Tempo a Perder Saúde Mental em Portugal: Um Desafio Para a Próxima Década* [Relatório]. CNS. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9Csem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D-CNS-2019.pdf>
- Costa, J. S. (2010, Junho, 14). *A Importância da Família na Saúde Mental* [Congresso]. VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, Campinas, São Paulo. http://www.familia.med.br/textos/A_Importancia_Familia.pdf
- Costa, A., Rasga, C., Martiniano, H., Vicente, A., Virgolino, A., Santos, O., ... & Caldas de Almeida, T. (2020). Saúde mental em tempos da pandemia da COVID-19: abordagem metodológica utilizada no projeto SM-COVID19. *Boletim Epidemiológico Observações*, 9(Supl 12). <http://hdl.handle.net/10451/45969>
- Cunha, M. B. da. (1982). Metodologias para estudo dos usuários de informação científica e tecnológica. *Revista De Biblioteconomia De Brasília*, 10(2), 5–19. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbbsb/article/view/30334>
- Dahlberg L. (2021). Loneliness during the COVID-19 pandemic. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1161–1164. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1875195>
- de Jong-Gierveld J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119–128. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.119>
- de Jong Gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national Comparisons of Social Isolation and Loneliness: *Introduction and Overview*. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 109–113. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0021>
- De Sousa, A., Mohandas, E., & Javed, A. (2020). Psychological interventions during COVID-19: Challenges for low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102128. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102128>
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564–573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>
- Dykstra P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>

- Enumo, S. R. F., Weide, J. N., Vicentini, E. C. C. ., Araujo, M. F., & Machado, W. de L. . (2020). Coping with stress in pandemic times: A booklet proposal. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.100>
- Falcão, D. V. S., & Carvalho, I. S. (2010). *Idosos, Gênero e Saúde Mental*. Papirus.
- Falcão, D. V., & de Araújo, L. F. (2018). *Idosos e Saúde Mental*. Papirus.
- Fragoeiro, I. M. A. R. (2009). *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira*. [Tese de Doutoramento, Universidade da Madeira]. Repositório Científico Digital da Universidade da Madeira.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em Função da Rede Social*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Gomes, J. C. (2014, Outubro 16). *Construir Boa Saúde Mental: Orientações Baseadas no Conhecimento Existente* [Slides de Power Point]. SlideShare. <https://pt.slideshare.net/AnaFerraz8/manual-construirboasademental>
- Han, R. H., Schmidt, M. N., Waits, W. M., Bell, A., & Miller, T. L. (2020). Planning for Mental Health Needs During COVID-19. *Current Psychiatry Reports*, 22(12), 66. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01189-6>
- Han, S. D., & Mosqueda, L. (2020). Elder Abuse in the COVID-19 Era. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(7), 1386–1387. <https://doi.org/10.1111/jgs.16496>
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine : a Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heidinger, T., & Richter, L. (2020). The Effect of COVID-19 on Loneliness in the Elderly. An Empirical Comparison of Pre-and Peri-Pandemic Loneliness in Community-Dwelling Elderly. *Frontiers in Psychology*, 11, 585308. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585308>

- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Current public policies on mental health in south america: a state of the art. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>.
- Holmén, K., Ericsson, K., & Winblad, B. (2000). Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31(3), 177–192. [https://doi.org/10.1016/s0167-4943\(00\)00070-4](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(00)00070-4)
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Kılıç, S.P., Karadağ, G., Koçak, H.S., & Korhan, E.A. (2014). Investigation of the old age perceptions with the loneliness and depression levels of the elderly living at home. *Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi*, 17, 70-76.
- Korkeila, J. (2000). *Measuring Aspects of Mental Health*. Stakes Publisher.
- 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. *The journals of gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), 53–58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (1999). Framework for promoting mental health in Europe. *Stakes*, 21-58. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77555/Frameworkpromoting.pdf>;
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Li, J., Yang, Z., Qiu, H., Wang, Y., Jian, L., Ji, J., & Li, K. (2020). Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19

- epidemic. *World Psychiatry*, 19(2), 249–250.
<https://doi.org/10.1002/wps.20758>
- Liu, L., Lei, X., Xiao, X., Yang, J., Li, J., Ji, M., Du, W., Tan, H., Zhu, J., Li, B., Jin, Z., Liu, W., Wu, J., & Liu, Z. (2020). Epidemiological and Clinical Characteristics of Patients With Coronavirus Disease-2019 in Shiyan City, China. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 10, 284.
<https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.00284>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Lopes, K. T., Costa, D. F., Santos, L. F., Castro, D. P., & Bastone, A. C. (2009). Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 13, 223-229.
<https://doi.org/10.1590/S1413-35552009005000026>
- Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 23(12), 1213-1221. <https://doi.org/10.1002/gps.2054>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 74(6), 907–914.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Macdonald, B., & Hülür, G. (2021). Well-being and loneliness in swiss older adults during the COVID-19 pandemic: The role of social relationships. *The Gerontologist*, 61 (2), 240–250. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa194>
- Mandim, J. F. O. (2007). *As Dinâmicas para a Promoção da Saúde numa Escola do Ensino Básico do Porto: Um Estudo de Caso*. [Tese de Doutoramento, Universidade Aberta]. Repositório aberto.
- Mattar, F. N. (1999). *Pesquisa de marketing* (Vol. 6). Atlas.
- McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M., Merchant, R. M., Aiken, L. H., & American Heart

- Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators (2016). *Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients*. *Medical Care*, 54(1), 74–80. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000456>
- Meneses, R. & Moura, M. (2022). *Envelhecer em Portugal em Contextos Pandémicos: Perfis Psicossociais* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Fernando Pessoa.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade: Da Solidão aos Motivos para a sua Frequência*. Legis.
- Moreira, V., & Callou, V. (2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental*, 4(7), 67-83. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42000705>
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Universidade Aberta
- Neto, F. (1989). Escala de Solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica*, (2), 65-79.
- Oldman, C., & Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing & Society*, 19(3), 363-384. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239963008>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2018). Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. *OECD*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança* [Relatório]. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-mundial-da-saude-2001--saude-mental-nova-concepcao-nova-esperanca-pdf.aspx>
- Organização Mundial de Saúde. (2020, 11 de março). *WHO Characterizes COVID-19 as a pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-theyhappen>
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 53-60. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313>
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). 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

- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, *33*(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, *48*(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ren, L. L., Wang, Y. M., Wu, Z. Q., Xiang, Z. C., Guo, L., Xu, T., Jiang, Y. Z., Xiong, Y., Li, Y. J., Li, X. W., Li, H., Fan, G. H., Gu, X. Y., Xiao, Y., Gao, H., Xu, J. Y., Yang, F., Wang, X. M., Wu, C., Chen, L., ... Wang, J. W. (2020). Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chinese Medical Journal*, *133*(9), 1015–1024. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000722>
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *2*(1), 77-99. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220106>
- Ribeiro, J. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Placebo.
- Rodrigues, R. A. P., Marques, S., & Fabrício, S. C. C. (2000). Envelhecimento, saúde e doença. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, *4*(1), 15-20.
- Rodrigues, B. B., Cardoso, R. R. D. J., Peres, C. H. R., & Marques, F. F. (2020). Aprendendo com o imprevisível: saúde mental dos universitários e educação médica na pandemia de covid-19. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *44*. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200404>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, *7*(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Roychowdhury, D (2020). 2019 Novel Coronavirus Disease, Crisis, and Isolation. *Frontiers in Psychology*, *11*(1958), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01958>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality*

- and *Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313–1321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Samuelsson, G., McCamish-Svensson, C., Hagberg, B., Sundström, G., & Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging & Mental Health*, 9(6), 571–575. <https://doi.org/10.1080/13607860500193591>
- Santos, M. L. R. R. (2011). *Saúde Mental e Comportamentos de Risco em Estudantes Universitários*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório institucional da Universidade de Aveiro.
- Santos, M. I. C. S. D. (2021). *O Impacto do Isolamento Social Durante a Pandemia por COVID-19 na Saúde Mental do Idoso: da Evidência à Prática*. [Tese de Doutoramento, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu.
- Sardella, A., Lenzo, V., Bonanno, G. A., Basile, G., & Quattropiani, M. C. (2021). Expressive Flexibility and Dispositional Optimism Contribute to the Elderly's Resilience and Health-Related Quality of Life during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1698. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041698>
- 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>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo

- coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM : Monthly Journal of the Association of Physicians*, 113(8), 531–537 <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Silveira, D., Prieto-Garcia, J. M., Boylan, F., Estrada, O., Fonseca-Bazzo, Y. M., Jamal, C. M., Magalhães, P. O., Pereira, E. O., Tomczyk, M., & Heinrich, M. (2020). COVID-19: Is There Evidence for the Use of Herbal Medicines as Adjuvant Symptomatic Therapy?. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 581840. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.581840>
- Simões, Â. (2021). Da vulnerabilidade à invisibilidade: os idosos institucionalizados durante a pandemia covid 19. *HIGEIA-Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 45-56. <http://hdl.handle.net/10400.11/7517>
- Soares, E., Oliveira, T., Komatsu, P., Demartini, S., Suziki, M., Rodrigues, M., Reis, Érica, & Horimoto, A. (2011). Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.368>
- Solé, B., Verdolini, N., Amoretti, S., Montejo, L., Rosa, A. R., Hogg, B., Garcia-Rizo, C., Mezquida, G., Bernardo, M., Martinez-Aran, A., Vieta, E., & Torrent, C. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY. *Journal of Affective Disorders*, 281, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.099>
- Tandon R. (2020). The COVID-19 pandemic, personal reflections on editorial responsibility. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 102100. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102100>
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526–534. <https://doi.org/10.1080/13607860500193138>
- 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. *The*

- International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320.
<https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Pirámide.
- Vaillant G. E. (2003). Mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373–1384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>
- Vieira, J. M., & Granja, P. (2020). COVID-19: uma pandemia de saúde mental. *Saúde & Tecnologia*, (24), 5-10. <http://dx.doi.org/10.25758/set.2303>
- Vieira, P. A., Barros, P. J., Caseiro, T., Rodrigues, N., & Arcanjo, J. (2021). Efeitos de uma pandemia numa unidade de cuidados de saúde primários e sua população: um estudo retrospectivo. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(5), 393-406. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i5.13135>
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M., Cruz, C., Sousa, L. B., Silva, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos. <http://hdl.handle.net/10316/47205>
- Walker, A., & García-Pardo. (1996). Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. *Reis*, 73, 17–42. <https://doi.org/10.2307/40183839>
- Wang, C., Chudzicka-Czupala, A., Grabowski, D., Pan, R., Adamus, K., Wan, X., Hetnał, M., Tan, Y., Olszewska-Guizzo, A., Xu, L., McIntyre, R. S., Quek, J., Ho, R., & Ho, C. (2020). The Association Between Physical and Mental Health and Face Mask Use During the COVID-19 Pandemic: A Comparison of Two Countries With Different Views and Practices. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 569981. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.569981>
- Wang, L., He, W., Yu, X., Hu, D., Bao, M., Liu, H., Zhou, J., & Jiang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *The Journal of Infection*, 80(6), 639–645. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.019>
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, 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>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review.

Journal of Affective Disorders, 277, 55–64.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Zikmund V. (2001). Health--mental health--quality of life. *Bratislavske Lekarske Listy*, 102(11), 527–529. <http://bmj.fmed.uniba.sk/2001/10211-06.pdf>

Capítulo III

- American Psychological Association. (2003). Turning lemons into lemonade: hardiness helps people turn stressful circumstances into opportunities. *American Psychological Association*. <http://www.apa.org/research/action/lemon.aspx>
- Arciniega, J. D. D. U. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health*, 4(2), 67–77. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.54>
- Almedom, A. M. (2015). Understanding human resilience in the context of interconnected health and social systems: Whose understanding matters most? *Ecology and Society*, 20(4). <http://www.jstor.org/stable/26270269>
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência - Ultrapassar os Traumatismos*. Climepsi.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20225/19509>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Barahona Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. *Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1*. <https://www.researchgate.net/publication/278786138>
- Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., & Rebelo-Gonçalves, R. (2020). Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4360. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124360>
- Anyan, F., & Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of Affective Disorders*, 203, 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.031>
- Aguerre, C. (2002). Quels sont les facteurs psychologiques garants d'une "vieillesse réussie"? [What are the psychological factors that guarantee "successful aging"?]. *Pratiques Psychologiques*, 1, 15–27.
- Aliche, J. C., Ifeagwazi, C. M., Onyishi, I. E., & Mefoh, P. C. (2019). Presence of meaning in life mediates the relations between social support, posttraumatic growth, and resilience in young adult survivors of a terror attack. *Journal of Loss and Trauma*, 24(8), 736-749. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1624416>

- Bailey, L., Ward, M., DiCosimo, A., Baunta, S., Cunningham, C., Romero-Ortuno, R., Kenny, R. A., Purcell, R., Lannon, R., McCarroll, K., Nee, R., Robinson, D., Lavan, A., & Briggs, R. (2021). Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. *QJM : Monthly Journal of the Association of Physicians*, 114(9), 648–653. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab015>
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Bicultural Co-constructivism. *Research in Human Development*, 1, 123-144. https://doi.org/10.1207/s15427617rhd0103_1
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E. M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
- Barari, S., Caria, S., Davola, A., Falco, P., Fetzner, T., Fiorin, S. & Slepici, F. R. (2020). Evaluating Covid-19 public health messaging in Italy: self-reported compliance and growing mental health concerns. <https://gking.harvard.edu/covid-italy>.
- Berard, M., Rattaz, C., Peries, M., Loubersac, J., Munir, K., & Baghdadli, A. (2021). Impact of containment and mitigation measures on children and youth with ASD during the COVID-19 pandemic: Report from the ELENA cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.041>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21, 263-271. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200014>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Cárdenas-Jiménez, A., & López-Díaz, A. (2011). Resiliencia en la vejez. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 528–540. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000300014>
- Choi, E., Hui, B., & Wan, E. (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3740. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da População. Rumo a uma Estratégia de Saúde Mental para a União Europeia*. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/LIVRO%20VERDE.pdf>
- Costa, J. S. (2010, Junho, 14). *A Importância da Família na Saúde Mental* [Mesa redonda]. VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, Campinas.
- Cunha, M. B. da. (1982). Metodologias para estudo dos usuários de informação científica e tecnológica. *Revista De Biblioteconomia De Brasília*, 10(2), 5–19. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbbsb/article/view/30334>
- da Silva, E. A. P. C., da Silva, P. P. C., de Moura, P. V., dos Santos, A. R. M., Dabbicco, P., Azevedo, A. M. P., & de Freitas, C. M. S. M. (2012). Resiliência e saúde: uma análise da qualidade de vida em idosos. *ConScientiae Saúde*, 11(1), 111-118. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v11n1.2709>
- de Almeida Hammerschmidt, K. S., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enfermagem*, 25. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.DOI>
- de Oliveira, A. L., Kamimura, Q. P., & Nogueira, P. S. (2021). Resiliência e Envelhecimento Ativo: Estudo Qualitativo sobre os fatores de risco e proteção na terceira idade. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2621-2641. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-211>
- de Oliveira, M. C. C., Pereira, K. D., de Oliveira, M. A. C., Pinto, M. A. T. C., da Costa Lucena, J. M., Leite, M. F., ... & Fonseca, R. C. (2021). Importância da atenção e promoção à saúde frente ao processo de cuidado da pessoa idosa. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1151-1163. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/23130>
- Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A. G., & Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science & Medicine* (1982), 178, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>

- de Souza, M. T. S., & de Oliveira Cervený, C. M. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 119-126. <https://www.researchgate.net/publication/28290690>
- Dimsdale J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237–1246. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Porque se Fala em Saúde Mental?* Direção-Geral da Saúde <https://www.dgs.pt/paginas-desistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental>
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200009>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Kusumota, L., Castanõ, A. M. H., Betancourt, C.L., Broin, D.L & Lima, G.S. (2021). Resiliência do Idosos em Tempos de Pandemia: Enfoque na Atenção Primária à Saúde. In Rodrigues, R.A.P., Fhon, J.R.S., Lima, F.M (Eds.), *O Cuidado ao Idoso na Atenção Primária à Saúde em Tempos de COVID-19* (pp. 284-293). Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/O_cuidado_ao_idoso_na_atencao_primaria_a_saude_em_tempos_de_covid-19.pdf
- Filgueiras, A., & Stults-Kolehmainen, M. (2020). Factors linked to changes in mental health outcomes among Brazilians in quarantine due to COVID-19. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.12.20099374>
- Franco, O. H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J. M., Catt, M., & van der Ouderaa, F. (2009). Changing course in ageing research: The healthy ageing phenotype. *Maturitas*, 63(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.02.006>

- Freedman, V. A., Martin, L. G., & Schoeni, R. F. (2002). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA*, 288(24), 3137–3146. <https://doi.org/10.1001/jama.288.24.3137>
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciencia & Saude Coletiva*, 20(5), 1475–1495. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Fortes, T. F. R., Portuguese M. W., & Argimon I. I. L. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400006>
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430. <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024627>
- Gomes, A. R. S. I. C., & Dinis, A. O. (2021). O Papel do Burnout e da Resiliência na Relação entre o Stress Associado à COVID-19 e os Sintomas Psicopatológicos [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório ISMT.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>
- Hansel, T. C., Saltzman, L. Y., & Bordnick, P. S. (2020). Behavioral Health and Response for COVID-19. *Concepts in Disaster Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.180>
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257–262. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary

- research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Irigaray, T. Q. (2020). *Promovendo Qualidade de Vida em Tempos de Pandemia: Um Manual para Idosos e seus Cuidadores*. EDIPUCRS.
- Javed, B., Sarwer, A., Soto, E. B., & Mashwani, Z. U. (2020). The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(5), 993–996. <https://doi.org/10.1002/hpm.3008>
- Jones-Bitton, A., Best, C., MacTavish, J., Fleming, S., & Hoy, S. (2020). Stress, anxiety, depression, and resilience in Canadian farmers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(2), 229–236. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01738-2>
- Keyes C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <http://dx.doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kusumota, L., Castanõ, A. M. H., Betancourt, C.L., Broin, D.L & Lima, G.S. (2021). Resiliência do Idosos em Tempos de Pandemia: Enfoque na Atenção Primária à Saúde. In Rodrigues, R.A.P., Fhon, J.R.S., Lima, F.M (Eds.), *O Cuidado ao Idoso na Atenção Primária à Saúde em Tempos de COVID-19* (pp. 284-293). Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/O_cuidado_ao_idoso_na_atenc_ao_primaria_a_saude_em_tempos_de_covid-19.pdf
- Lima, C., Carvalho, P., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C., & Neto, M. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

- Lind, M., Bluck, S., & McAdams, D. P. (2021). More Vulnerable? The Life Story Approach Highlights Older People's Potential for Strength During the Pandemic. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(2), e45–e48. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa105>
- Lindström, B. (2001). O significado de resiliência. *Adolescência Latino-Americana*, 2(3), 133-137. <https://doi.org/1414-7130/2-133-137>
- Lopes, M. F. F. (2015). *Coping Resiliente e Saúde em Pessoas Idosas Institucionalizadas e não Institucionalizadas* [Doctoral dissertation, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI.
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266–272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G., & Stewart, M. (1995). Resiliency: relevance to health promotion. *Detailed analysis. Halifax: Atlantic Health Promotion Research Centre*. www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pub/resilncy/analysis.htm
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W., & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 238–243. <https://doi.org/10.1002/gps.1868>
- Melillo, A., Estamatti, M., & Cuesta, A. (2005). Alguns fundamentos psicológico do conceito de resiliência. In Melillo, A. & Ojeda, E. N. S. (Eds.), *Resiliência: Descobrendo as Próprias Fortalezas* (pp. 59-72). Artmed.
- Meneses, R. & Moura, M. (2022). *Envelhecer em Portugal em Contextos Pandémicos: Perfis Psicossociais* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Fernando Pessoa.
- Miller, E., & Brockie, L. (2015). The disaster flood experience: Older people's poetic voices of resilience. *Journal of Aging Studies*, 34, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.05.003>
- Neubauer, A. B., Smyth, J. M., & Sliwinski, M. J. (2019). Age Differences in Proactive Coping With Minor Hassles in Daily Life. *The 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. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(1), 1–6. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby074>
- Oliveira, M. F. D., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. D. S. C. F., Moreira, M. A. S. P., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2191-2198. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>
- OMS. (2002). Relatório Mundial de Saúde 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020, Março 18). *Considerações Psicossociais e de Saúde Mental Durante o Surto de COVID-19*. [Relatório]. OPAS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf
- Ozili, P. K., & Arun, T. (2020). Spillover of COVID-19: impact on the Global Economy. *SSRN Electronic Journal* <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3562570>
- Pan, J. Y., & Chan, C. L. W. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, 50(3), 164-176. <https://doi.org/10.2117/psysoc.2007.164>
- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N., & Riva, P. (2020). Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine. *PsyArXiv Preprints*, 10. <https://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj>
- Paul, 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>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. D. V. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>
- Pinheiro, D. P. N. (2004). Resilience in discussion. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75. <https://www.scielo.br/j/pe/a/hCkq6FLmry946QGxPWFxsGQ/?format=pdf&lang=pt>

- Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção [Ecological contexts: furthering resilience, risk and protection factors]. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405–416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
- Rodrigues, F. R., & Tavares, D. M. D. S. (2020). Resiliência em idosos: fatores associados às condições sociodemográficas e de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0171>.
- Rutter M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Ribeiro, J.L.P. (2001). Inventário de Saúde Mental: Um estudo de adaptação para a população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99. https://www.researchgate.net/publication/283361999_Mental_Health_Inventory_A_study_of_adaptation_to_Portuguese_population
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13. <http://hdl.handle.net/10400.12/1096>
- Sands, L. P., Albert, S. M., & Sutor, J. J. (2020). Understanding and Addressing Older Adults' Needs During COVID-19. *Innovation in Aging*, 4(3). <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa019>
- Schaap, I. A., Galen, F. M., Ruijter, A. M., & Smeets, E. C. (2009). Resilience, the article: The balance between awareness and fear. <http://www.impactkenniscentrum.nl/download/file1163776605.pdf>
- Scheid, T., & Brown, T. (Eds.). (2009). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984945>
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2004). *A Família da Madeira em Números*. Centro de Segurança Social da Madeira.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Sippel, L. M., R. H. Pietrzak, D. S. Charney, L. C. Mayes, and S. M. Southwick. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed

- individual? *Ecology and Society* 20(4):10. <http://dx.doi.org/10.5751/ES-07832-200410>
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192–200. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.986647>
- Socol, K. L. S., & da Silveira, A. (2020). Impactos do distanciamento social na saúde mental: estratégias para a prevenção do suicídio/Impacts of social distancing on mental health: strategies for suicide prevention. *Journal of Nursing and Health*, 10(4). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19265/11999>
- Sousa, F. (2006). Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: as perspectivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 103-114. <http://hdl.handle.net/10362/95735>
- Souza, M. T., & Cervený, C. M. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de psicologia*, 40(1), 119-126. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28440113.pdf>
- Vieira, M. L. (2016). Resiliência e funcionalidade em idosos institucionalizados: estudo comparativo entre idosos participantes em sessões de psicomotricidade e não participantes [Master's thesis, Instituto Politécnico de Leiria]. IC- Online.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. Guilford Press.
- Wang, L., Nabi, G., Zhang, T., Wu, Y., & Li, D. (2020). Potential Neurochemical and Neuroendocrine Effects of Social Distancing Amidst the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Endocrinology*, 11, 582288. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.582288>
- White, B., Driver, S., & Warren, A.-M. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9–17. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.53.1.9>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study

2010. *Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. http://who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- World Health Organization. (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança* [Relatório]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf?sequence=4
- Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1)
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>
- Yu, Y., Yu, Y., & Hu, J. (2022). COVID-19 among Chinese high school graduates: Psychological distress, growth, meaning in life and resilience. *Journal of Health Psychology*, 27(5), 1057–1069. <https://doi.org/10.1177/1359105321990819>
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

Conclusão

- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., Mataruna, L., ... Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, *12*(6), 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>
- Garbin, G., Sanjuan, A., Forn, C., Bustamante, J. C., Rodriguez-Pujadas, A., Belloch, V., Hernandez, M., Costa, A., & Avila, C. (2010). Bridging language and attention: brain basis of the impact of bilingualism on cognitive control. *NeuroImage*, *53*(4), 1272–1278. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.05.078>
- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *11*(1), 5-13. <http://hdl.handle.net/10400.12/1096>
- Williamson, P. O., & Minter, C. I. (2019). Exploring PubMed as a reliable resource for scholarly communications services. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, *107*(1), 16. <http://dx.doi.org/10.5195/jmla.2019.433>