

**O impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental da população  
idosa utilizadora dos serviços de Centro de Dia do concelho de Paços  
de Ferreira**

Ana Inês da Silva Pacheco

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção  
do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientadora: Prof. Doutora Elsa Montenegro

Coorientadora: Mestre Marisa Silva

ISSSP, Agosto de 2021

## **Agradecimentos**

Aqui, expresso um singelo agradecimento a todos quantos contribuíram para a realização desta dissertação.

À Professora Elsa, o meu sincero agradecimento pelo apoio, paciência, orientação e saberes transmitidos na realização deste trabalho. Da mesma forma, estendo o agradecimento à Professora Marisa, pelo seu valioso e imprescindível contributo. Agradeço-lhes ainda, as horas despendidas a rever e orientar o trabalho aqui explanado. Foi para mim uma honra e privilégio tê-las como orientadoras.

Aos meus pais, o pilar basilar da minha vida pessoal e académica, por estarem sempre presentes. A minha formação académica, a vós se deve.

À avó Lurdes, que mesmo atravessando uma luta constante com uma doença que persiste em ficar, encontrou forças para me apoiar e incentivar.

À Dr.<sup>a</sup> Mónica, por me ter incentivado e proporcionado todas as condições necessárias para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os idosos que participaram neste estudo, por terem disponibilizado parte do seu tempo.

À memória do meu avô Porto, que me acompanha desde o dia da sua partida.

A todos Vós, agradeço e dedico-vos este trabalho.

## RESUMO

A pandemia COVID-19 teve impacto na população a nível mundial, alterando a vida dos indivíduos a nível individual, relacional e social. As medidas de restrição, embora necessárias, afetaram a saúde mental dos indivíduos, principalmente na população idosa devido ao potencial risco de infeção e ao isolamento social.

Este estudo teve como objetivo avaliar se, decorrente da pandemia provocada pela COVID-19, existiu um aumento dos níveis de solidão e aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa na população idosa do concelho de Paços de Ferreira.

A amostra do presente estudo é constituída por 79 idosos do concelho de Paços de Ferreira, com idades compreendidas entre os 65 e 98 anos. Foram utilizados, na recolha de dados, um questionário sociodemográfico, a Escala de Solidão da UCLA de 6 itens (ULS-6), a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica de 5 itens (GAI-SF).

De acordo com os resultados obtidos, existem diferenças estatisticamente significativas entre o momento anterior à pandemia e o momento atual: os valores na solidão aumentaram em 31 participantes (39%), na depressão geriátrica em 35 participantes (44%) e na ansiedade geriátrica em 45 participantes (57%). Relativamente aos dados apurados através da GDS-15, houve um aumento de sintomatologia depressiva em 12 participantes (15,2%) e no GAI-SF, um aumento de sintomatologia ansiosa em 22 participantes (27,8%).

Com o presente estudo concluímos que, no decurso da pandemia COVID-19, os níveis de solidão, depressão e ansiedade aumentaram. São, por isso, necessárias intervenções no que diz respeito à saúde mental do idoso que minimizem as consequências da pandemia, com vista a aumentar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Solidão; Ansiedade; Depressão; COVID-19.

## SUMMARY

Covid-19 pandemic had a huge impact in the world population, changing the lives on each person at individual, relational and social levels. The restriction measures, although necessary, affect the mental health of people, especially in elderly population due to the potential risk of contamination and to the social isolation.

The main goal of this study is to understand if the loneliness levels, the depressive and anxiety symptoms in old people increased caused by the pandemic we are living, Covid-19.

The sample of this study is made by 79 seniors, from Paços de Ferreira council, with ages between 65 and 98 years old. On this data collection we used 1 sociodemographic questionnaire, 6 item UCLA Loneliness Scale (ULS-6), 15 item Geriatric Depression Scale (GDS-15) and a 5 item Geriatric Anxiety Inventory (GAI-SF).

According to the results, there are statistically significant differences between the time before the pandemic and the current time, the loneliness numbers increased in 31 participants (39%), in the Geriatric Depression 35 participants (44%) and in Geriatric Anxiety 45 participants (57%). At GDS-15 we have an increase of depressive symptomatology in 12 participants (15,2%) and at GAI-SF, an increase of anxiety symptomatology in 22 participants (27,8%).

With this study we conclude that, resulting from the pandemic, the loneliness levels, the depressive and the anxiety increased. So, we can say that according to the mental health of the seniors there are necessary interventions to avoid the pandemic consequences in order to increase the quality of life and wellness of the oldest population.

**Key-words:** Aging; Loneliness; Anxiety; Depression; COVID-19.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
1.1 Envelhecimento .....	4
1.1.2 Envelhecimento Demográfico .....	7
1.1.3 Envelhecimento Biopsicosocial.....	10
1.1.4 Envelhecimento Normal e Envelhecimento Patológico .....	12
1.2 Solidão em idosos.....	17
1.3 Depressão nos idosos.....	21
1.4 Ansiedade nos idosos.....	27
1.5 A pandemia COVID-19 nos idosos .....	30
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	35
2.1 Justificação do tema.....	35
2.1.1 Objetivos.....	35
2.2 Considerações Metodológicas .....	36
2.2.1 População e amostra .....	36
2.2.2 Procedimentos de recolha de informação .....	39
2.2.2.1 Escala de Solidão da UCLA .....	40
2.2.2.2 Geriatric Depression Scale (GDS-15) .....	42
2.2.2.3 Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (GAI-SF).....	43
2.3 Análise e tratamento de dados .....	44
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	46
3.1 Apresentação dos resultados.....	46
3.2 Discussão dos resultados .....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
BIBLIOGRAFIA .....	61

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proporção da população com 65 anos e mais (dados referentes a 27 Estados Membros da União Europeia 2020).....	6
Figura 2. Pirâmides etárias, Portugal 2019 (estimativas) e 2080 (projeções).....	8

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Índice de dependência de idosos.....	9
Tabela 2: População residente: total e por grandes grupos etários.....	39
Tabela 3: UCLA Loneliness Scale (ULS-6).....	41
Tabela 4: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).....	42
Tabela 5: Geriatric Anxiety Inventory – Short Form.....	43
Tabela 6. Coeficiente do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).....	45
Tabela 7. Frequência do Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF); da Escala Depressão Geriátrica (GDS); e da Escala de Solidão da UCLA, em cada momento (momento anterior à Pandemia) e (momento atual) .....	46
Tabela 8. Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre o (Momento anterior à Pandemia) e o (Momento atual) .....	47
Tabela 9. Frequência das categorias do Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF); e das categorias da Escala Depressão Geriátrica (GDS); em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual) .....	48
Tabela 10. Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre o Estado Civil, em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual).....	49
Tabela 11. Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre a Escolaridade, em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual).....	50
Tabela 12. Coeficiente de correlação de Spearman entre a idade, a Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), a Depressão Geriátrica (GDS) e a Solidão (UCLA), em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual).....	50
Tabela 13. Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre o sexo, em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual).....	51

## **GLOSSÁRIO DE SIGLAS**

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**DSM-5:** American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, 5<sup>th</sup> edition

**GAI:** Geriatric Anxiety Inventory

**UCLA:** University of California Los Angeles

**GDS:** Geriatric Depression Scale

**DGS:** Direção Geral da Saúde

**SARS-COV-2:** Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2

**INSA:** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

**WHO:** World Health Organization

## INTRODUÇÃO

---

A dissertação aqui apresentada incide sobre os resultados de uma investigação que se propôs estudar os efeitos pandémicos provocados pela pandemia COVID-19, no que diz respeito à solidão, à depressão e à ansiedade nos idosos no concelho de Paços de Ferreira.

A 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o contexto epidemiológico provocado pelo novo coronavírus (*síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2; SARS-CoV-2*) como pandemia, o que exigiu a todos os países uma resposta nacional rápida e urgente. Em Portugal, os primeiros casos de infeção foram confirmados a 2 de março de 2020 (*Decreto n.º 2-A/2020 – Diário Da República n.º57/2020, 1.º suplemento, Série I de 2020-03-20, 2020*), sendo decretado o estado de emergência pelo Presidente da República, a 18 de março (*Decreto-Lei n.º 14-A/2020, 2020*), que impôs um período de medidas altamente restritivas (distanciamento social, encerramento de estabelecimentos de ensino, cercas sanitárias, restrições à circulação...) aos cidadãos residentes, com dever de recolhimento obrigatório. Estas medidas levaram a uma crescente incerteza e alarme social, com implicações do ponto de vista psicológico e social em particular para os grupos mais vulneráveis. Dos grupos mais vulneráveis, a população idosa foi a que registou maior taxa de mortalidade, tendo sido afetados aspetos biológicos, psíquicos e emocionais (Hammerschmidt e Santana, 2020).

Neste sentido, e de acordo com o Retrato da Saúde (Ministério da Saúde, 2018), o envelhecimento da população tem reflexos no estado da saúde, com especial incidência nas doenças crónicas, incluindo as doenças do foro mental e que estas têm impacto na mortalidade (morrer de uma doença) e na morbilidade (viver com uma doença), apontando a depressão como um dos problemas de saúde que mais afeta a população portuguesa. O documento faz ainda referência ao estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa, onde revela que Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais em população adulta, mencionando que, em 2016, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e quase metade já teve uma dessas perturbações durante a vida.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2017), o número de utentes com perturbações mentais tem vindo a aumentar desde 2011, no que concerne às

perturbações de ansiedade, depressivas e às demências. O mesmo documento demonstra que, tendencialmente, aproximam-se do esperado para 2020, prevendo um aumento de 25% no registo de pessoas com ansiedade e depressão. Em 2016, a região norte registou 9,83% da população com perturbações depressivas, demência e perturbações de ansiedade.

Assim sendo, há uma série de questões a que devemos estar atentos nos idosos, atualmente, no que diz respeito à saúde mental e que tem implicações no seu bem-estar. O grupo etário com 65 e mais anos, tem registado um aumento das mortes por suicídio, surgindo a necessidade de implementação de medidas de prevenção e identificação que visem dar conta de cada situação de risco para que se possa intervir atempadamente (Plano Nacional de Saúde Mental, 2017).

O isolamento decorrente das medidas adotadas para diminuir a transmissibilidade do vírus interfere na saúde mental, tornando-se necessário um olhar central na saúde mental dos mais velhos, dado que para além do medo de ser infetado pela doença, sofrem pelo isolamento social.

O presente tema despertou-me interesse na medida em que os estudos acerca dos efeitos da pandemia COVID-19 ao nível da saúde mental nos idosos são ainda poucos. A realização do presente estudo torna-se pertinente na medida em que poderá despoletar ações de intervenção futuras para diminuir os efeitos negativos na saúde mental dos idosos.

Diante do exposto, é objetivo deste trabalho perceber em que medida a pandemia COVID-19 e as medidas utilizadas para a sua mitigação tiveram impacto na saúde mental, nomeadamente ao nível da solidão, depressão e ansiedade nos idosos residentes no concelho de Paços de Ferreira.

No estudo participaram 79 idosos, residentes em Paços de Ferreira. Os idosos inquiridos estão inseridos na resposta de centro de dia em várias instituições particulares de solidariedade social do concelho onde foram aplicados os questionários. A escolha do local e o facto da população idosa inquerida estar inserida em centro de dia, deve-se à existência de restrições de contacto pessoal de abordagem no terreno, nomeadamente na rua e à proximidade das instituições ao meu local de trabalho, uma vez que as instituições de solidariedade social pertencem à rede social do concelho de Paços de Ferreira.

A pandemia COVID-19 trouxe grandes consequências para a sociedade, como por exemplo: isolamento social, insônia, angústias e incertezas, que contribuíram para o desenvolvimento ou a exacerbação de doenças mentais na população (Sher, 2020). A

escolha dos conceitos escolhidos: solidão, depressão e ansiedade, resultam de estudos já realizados sobre os impactos das medidas adotadas para combater a transmissão do vírus, demonstraram o aumento dos níveis de ansiedade e depressão, bem como alterações na qualidade do sono dos indivíduos (Lingeswaran, 2020). Por este motivo, propus-me a estudar o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental nos idosos do concelho de Paços de Ferreira.

Estruturalmente, a presente dissertação está organizada em 3 capítulos: no primeiro capítulo há uma abordagem teórica ao conceito geral de envelhecimento, envelhecimento demográfico, envelhecimento biopsicossocial, envelhecimento normal e patológico, as características principais de solidão, depressão e ansiedade e o impacto da pandemia COVID-19 na população idosa.

O segundo capítulo é referente à metodologia, onde se expôs a justificação do tema, o objetivo do estudo, a metodologia de investigação, a explicação dos procedimentos de seleção da amostra e da recolha de dados, os instrumentos utilizados, bem como a sua descrição e, ainda, os procedimentos usados na análise e tratamento dos dados. No terceiro capítulo concretiza-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos na investigação.

Por fim, em forma de conclusão, surgem as considerações finais com algumas sugestões de intervenção e as limitações do presente estudo.

## CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

### 1.1 Envelhecimento

O envelhecimento das populações está a crescer em todo o mundo e Portugal não é exceção. A tendência de crescimento da população idosa, é um problema social com que a nossa sociedade se tem confrontado. Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode viver além dos 60 anos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984 citado em OMS, 2005) define o termo “velho” como todo o ser humano que atingiu os 65 anos de idade nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento.

De acordo com Oliveira (2005), os mais velhos podem ainda dividir-se em 3 grupos: os idosos jovens com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos, que geralmente são mais ativos, animados e vigorosos; os idosos com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos e os muitos idosos com 85 ou mais anos, que se considera que sejam propensos a uma maior fragilidade e doença, com mais dificuldade em administrar as atividades de vida diárias.

O envelhecimento segundo Zimmerman (2000) é um processo que tem intrínsecas alterações a vários níveis, nomeadamente no que concerne aos fatores físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos. Deste modo, verifica-se que estas alterações são transversais a todos os idosos, podendo-se ainda verificar em momentos distintos e em maior ou menor grau, tendo em conta as características genéticas de cada indivíduo bem como o seu estilo de vida.

Acrescenta Moura (2006), de acordo com o autor anterior, que o modo como cada indivíduo envelhece depende do seu trajeto de vida, sendo estruturado pela influência constante das circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e de envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente onde estão inseridos e do qual fazem parte.

Para a DGS, o envelhecimento é um processo que acompanha toda a vida humana, de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, tratando-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, contínuo, ativo e diferencial, iniciando-se muito antes de se alcançar a idade adulta e que se constrói ao longo da vida (DGS, 2004).

Durante toda a vida, os indivíduos passam por várias fases, todas elas com aspetos positivos e negativos. O envelhecimento poderá ser uma fase particularmente difícil por todas as alterações que acarreta: alterações fisiológicas, cognitivas, de personalidade e ainda alterações a nível social (Pedrosa, Duque & Martins, 2016). O modo como cada idoso vivencia esta fase, e a necessária readaptação às mudanças, são fundamentais para uma melhor adaptação à mesma, podendo em alguns casos gerar isolamento social e desenvolvimento de um quadro depressivo (Fernandes, 2000).

Envelhecer é, por isso, um processo natural e expectável que caracteriza uma fase da vida do ser humano onde ocorrem mudanças em várias dimensões, como já referido anteriormente. Nesta fase, o idoso passa a ter consciência do aumento gradual das probabilidades de morrer devido à idade ou a determinadas doenças que podem precipitar o fim da vida, cada vez mais próximo, e a refletir acerca da sua existência. Com tantas transformações, algumas áreas importantes da vida do indivíduo poderão ser afetadas, com especial incidência nos aspetos relacionados com a saúde. Ainda assim, não podemos deixar de abordar a importância dos determinantes sociais de que viver só, a inexistência de uma rede de suporte familiar e de relacionamentos sociais, podem representar um risco de mal-estar e sofrimento.

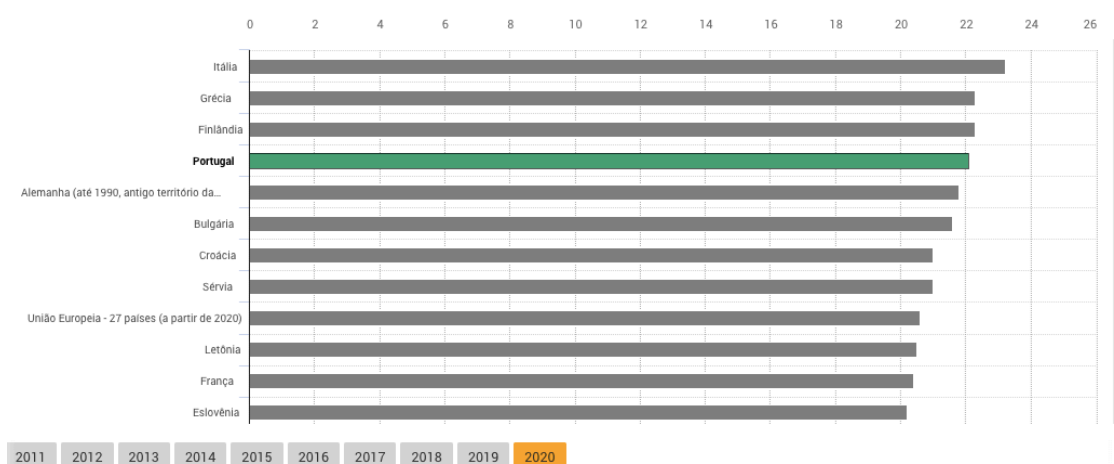
Embora na definição do conceito de envelhecimento seja, muitas vezes, considerada apenas a idade cronológica, medida em dias, meses ou anos (que não deixa de ser considerada devido ao processo natural de envelhecimento, sendo o principal índice de informação acerca da pessoa e do seu desenvolvimento), é comum encontrarmos muitos indivíduos com a mesma idade, porém, com capacidades diferentes. Qualquer limite cronológico para definir o termo “idoso” é sempre arbitrário, uma vez que não traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser fatores a ter em conta, uma vez que podem afetar indivíduos com a mesma idade de forma diferente.

Deste modo, Lidz (1983, citado em Oliveira, 2005), defende que existem diversas formas de distinguir as fases do desenvolvimento conforme a idade funcional e não cronológica: (i) idoso: quando ainda não se verificam grandes alterações psicossomáticas, sendo o indivíduo ainda auto-suficiente; (ii) senescência: quando se verificam modificações significativas orgânicas e psicológicas, em que o indivíduo começa a necessitar de ajuda de terceiros e (iii) senilidade: o idoso torna-se quase totalmente dependente devido à perda de capacidades intelectuais ou ao surgimento de perturbações do foro psico-emocional, mental, com ou sem patologia neuronal subjacente.

Sendo o envelhecimento inevitável, vários estudos têm contribuído para mudar a visão tradicional, onde a noção de déficit é associada à condição de idoso, como sendo alguém incapaz ou que se torna incapaz. Atualmente, e decorrente de algumas abordagens que sustentam a ideia de que os idosos podem apresentar traços positivos de desenvolvimento psicológico, apesar da idade cronológica, é comum definir-se idoso com um bom grau de funcionalidade e como alguém sem demência ou não senil (Fonseca, 2012).

Segundo o Eurostat (2020) e em conformidade com a figura abaixo representada (figura 1), Portugal registou uma percentagem de 22,1% de pessoas com mais de 65 anos em 2020, a quarta mais alta da União Europeia, acima da média europeia que se fixou em 20,6%.

Figura 1: Proporção da população com 65 anos e mais (dados referentes a 27 Estados Membros da União Europeia 2020)



Fonte: Eurostat<sup>1</sup>

Estes valores refletem-se pela melhoria das condições de saúde e de salubridade das habitações, das melhorias na alimentação e do alargamento dos sistemas de proteção social, que permitiram à população viver mais. O que não quer dizer, necessariamente, que se viva melhor.

O aumento da esperança média de vida, que contribui para o envelhecimento populacional, apresenta novos desafios à sociedade que, por sua vez, é constituída por pessoas mais velhas, e à criação de medidas de política social e modos de intervenção capazes de responder às diversas necessidades da população mais idosa.

<sup>1</sup> Web site de Eurostat, consultado em 4 de maio de 2020

Em forma de conclusão, o envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública, criando à sociedade o desafio de adaptação (World Health Organization, 2015b). O impacto do envelhecimento da população na sociedade, depende, por isso, da natureza das políticas que dão resposta a esta nova realidade, com grande evidência na Europa.

### **1.1.2 Envelhecimento Demográfico**

O envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, com base na percentagem de população idosa por relação à população total. É um fenómeno cada vez mais expressivo dos países desenvolvidos, representando novos desafios aos serviços sociais e de saúde. Assim, uma população pode ser considerada jovem ou envelhecida, em concordância com a percentagem de pessoas nas faixas etárias extremas.

Ao longo das últimas décadas, houve um crescimento populacional importante. O aumento do número de indivíduos a viver até mais tarde, mostra-nos um futuro onde a população será cada vez mais envelhecida e haverá um aumento da longevidade (Rosa e Chitas, 2010).

Com a melhoria das condições de vida, higiénico-sanitárias, os avanços da medicina e da tecnologia, com terapêuticas e medicamentos mais inovadores e eficazes, é de esperar que a esperança de vida continue a crescer, sendo expectável uma sociedade futura cada vez mais envelhecida (Almeida, 2012).

As alterações na estrutura etária da população, nomeadamente o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, resultam na continuação do processo de envelhecimento demográfico, um fenómeno de amplitude mundial em que Portugal não é exceção.

Nos últimos anos, a Europa, tem assistido a uma mudança estrutural nas tendências demográficas. “O crescimento populacional está a abrandar, ao mesmo tempo que as pessoas estão a viver mais tempo, criando uma mudança estrutural nas tendências demográficas definido como um “estrutural fenómeno sociológico e demográfico de envelhecimento demográfico” (Rodrigues, 2013, p. 85). Portugal é disso exemplo, na medida em que as projeções para 2080 (INE, 2020), apontam para uma redução de população, passando dos atuais 10,3 milhões em 2019 para 8,2 milhões de residentes em 2080.

A Assembleia Geral das Nações Unidas convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1982, lançando um alerta para o problema do envelhecimento demográfico. Em 2002, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, com vista a desenhar uma política internacional sobre o envelhecimento do século XXI e traçar uma estratégia a longo prazo que exija mudanças nas atitudes, políticas e práticas a todos os níveis de forma a responder ao envelhecimento do século XXI (INE, 2002).

De acordo com o INE, relativamente às projeções de 2019-2080, o índice de envelhecimento<sup>2</sup> duplicará, passando de 163,2 para 300,3 idosos por cada 100 jovens em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.

O aumento da importância relativa dos indivíduos com idades mais avançadas marcada pelo envelhecimento no topo da pirâmide e a diminuição da importância relativa dos indivíduos nas idades mais jovens, representadas nas pirâmides pelo envelhecimento na base, apresenta-se como uma evolução indiscutível da estrutura etária da população portuguesa, marcada pelo duplo envelhecimento demográfico, conforme a figura abaixo representada (figura 2), projetando a estrutura demográfica portuguesa até 2080 e demonstrando a tendência estrutural de envelhecimento.

Figura 2. Pirâmides etárias, Portugal 2019 (estimativas) e 2080 (projeções).



Fonte: INE, I.P., Estimativas demográficas 2019.

<sup>2</sup> Índice de envelhecimento: traduz-se no nº de jovens (0-14 anos) por cada 100 idosos (65 e mais anos).

A população idosa, poderá passar de 2,3 para 3,0 milhões, entre 2019 e 2080, prevendo-se que o número de idosos atinja o valor mais elevado no início da década de 50, começando, a partir daí, a decrescer. Isto deve-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações. Em contrapartida, a população jovem tenderá a diminuir de 1,4 para 1,0 milhões (INE, 2019).

A tendência de envelhecimento contínuo resulta, também, da baixa natalidade, que decorre de questões socioeconómicas mais vastas, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e o prolongamento dos seus estudos, o casamento tardio, algumas dificuldades de estabilização económica e laboral nos primeiros anos de vida ativa e a valorização, cada vez mais frequente, do conforto material (Bandeira et al., 2014), dos avanços da medicina e das políticas de saúde orientadas para o planeamento familiar, permitindo que as famílias possam planear o número de filhos que pretendem ter e do aumento da longevidade.

Estas alterações demográficas são acompanhadas de profundas mudanças sociais, afetando a composição familiar, a sua estrutura e novos padrões e a forma como organizam as suas relações e as vivências sociais e afetivas (Rodrigues, 2013).

As estimativas feitas através das projeções demográficas indicam a tendência de aumento da proporção das idades avançadas sobre os restantes grupos etários, decorrente da modernização social e económica, da melhoria das condições de vida, do acesso aos cuidados de saúde conjugados com fatores sociais e culturais que vieram alterar os níveis de fecundidade e natalidade, melhorando a probabilidade de sobrevivência dos indivíduos, perspetivando a velhice como a idade do futuro.

Assim, com o avançar da idade, poderá ocorrer a diminuição das capacidades do indivíduo, tornando-o mais dependente de terceiros.

Visualiza-se, na figura abaixo representada, que o índice de dependência dos idosos, continua a aumentar, e Paços de Ferreira não é exceção, encontrando-se com um índice de dependência de idosos de 21,2%, mais 9% do que em 2001 (tabela 1). Estes dados, revelam-nos que os idosos vivem cada vez mais tempo, tendo como consequência desse avanço de idade, a probabilidade de se tornarem mais dependentes.

Tabela 1: Índice de dependência de idosos

		Rácio - %	
Territórios		Índice de dependência de idosos	
Anos		2001	2020
	Paços de Ferreira	12,2	21,2

Fonte: PORDATA<sup>3</sup>

A longevidade não significa, por isso, qualidade de vida. Neste sentido, requer-se a criação e implementação de medidas e intervenções, decorrentes do envelhecimento populacional, para que possamos proporcionar mais qualidade de vida aos idosos (Carvalho e Mota, 2012).

### 1.1.3 Envelhecimento Biopsicossocial

“O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, ambientais e históricos, que pode ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida” (WHO, 1999, 2015d, citado em DGS, 2017, p. 8). Embora seja necessário ter em conta a idade para categorizar a população idosa, é também necessário ter em conta que ocorrem várias alterações no estado da saúde, nos níveis de independência, na autonomia e na participação social entre idosos com a mesma idade.

O envelhecimento representa, de uma forma geral, as alterações da estrutura etária da sociedade e, simultaneamente, uma observação do indivíduo em processo de senescência a nível biológico, psicológico e social, traduzindo uma perspetiva abrangente do ser humano como um todo e do seu processo de envelhecimento, assim como das consequências que podem surgir durante este processo.

Paúl (2005) descreve os três componentes do envelhecimento biopsicossocial fazendo referência ao (i) envelhecimento biológico como sendo o envelhecimento do organismo, marcado por transformações físicas e perda progressiva de funções que levam à senescência, aumentando a vulnerabilidade e a probabilidade de morte; ao (ii)

<sup>3</sup> Website de PORDATA, consultado a 15-06-2021

envelhecimento psicológico como a autorregulação do indivíduo no campo de forças, muito relacionado com a forma como cada indivíduo se vê tendo em conta as suas características e a sua integração com o meio, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento; e ao (iii) envelhecimento social associando-o aos papéis sociais, aos estatutos e às expectativas da sociedade para este grupo etário e à sua relação com a mesma, tendo o meio ambiente, a família e a comunidade um papel relevante no envelhecimento, atribuindo-lhe expectativas que podem ou não ser correspondidas. Importa frisar que o envelhecimento não é somente influenciado pelos determinantes descritos anteriormente, mas também a consequência da hereditariedade, do meio físico e social, bem como das suas escolhas.

Fonseca (2005) acrescenta que, sendo o desenvolvimento um processo que ocorre ao longo da vida e à medida que os indivíduos envelhecem, os seus percursos de vida vão-se tornando cada vez mais diferentes, quer por influência de ordem biológica quer por influência do contexto sócio-histórico-cultural, que nos diferencia uns dos outros. Existe, por isso, uma pluralidade extraordinária de formas de envelhecimento, dependendo das interações do indivíduo com o contexto sociocultural em que vive (Fernández-Ballesteros, 2013).

Em vista disso, não podemos centrar-nos apenas numa dimensão, pois todos interagem entre si, ao longo da vida, tendo influência umas nas outras. Zimmerman (2000, p.19), define “velho” como “aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sociedade”. O idoso continua a ser a pessoa que sempre foi, a sua personalidade não muda porque envelheceu, apenas pode manter ou acentuar certas características. Exemplificando, um indivíduo que sempre foi deprimido, será um idoso deprimido, se foi uma pessoa lutadora, continuará, também, a sê-lo.

O conceito de envelhecimento, como já foi referido anteriormente, tem várias definições, no entanto, a maioria dos autores concorda que se trata de um “processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada (...)” (Oliveira, 2005, p.24).

Apesar do envelhecimento atingir todo o ser humano, não é um processo homogêneo, pois cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma muito particular, onde os aspetos estruturais e culturais, devem ser tidos como ponto de partida para as novas exigências no cuidar (Moura, 2016). Por mais natural que este processo possa ser,

traz sempre alterações aos níveis biológico e psicológico, podendo essas alterações ocorrerem apenas num só nível como em ambos.

Caetano (2006) refere que o envelhecimento é um processo biopsicossocial, onde ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e nos papéis sociais, que se pode processar de forma mais lenta ou mais rápida, sendo diferente de pessoa para pessoa.

Neste sentido, no decurso da pandemia COVID-19, para o pleno bem-estar biopsicossocial, o cuidado em saúde mental tem um papel fundamental, dado que num tempo vivido pela incerteza e pelo medo, os cuidados em saúde mental não se limitam apenas a diminuir ou a controlar os sintomas provocados pelo COVID-19, mas também engloba questões pessoais, emocionais, financeiras e sociais que inevitavelmente influenciam a saúde (Coutinho, 2020).

Em suma, o envelhecimento é um processo complexo, natural, inevitável e específico de cada pessoa, que ocorre ao longo do tempo, sendo irreversível e inelutável, caracterizado por um conjunto de fatores de ordem fisiológica, psicológica e social (Oliveira, 2005; Figueiredo, 2007).

#### **1.1.4 Envelhecimento Normal e Envelhecimento Patológico**

O processo de envelhecimento acarreta inúmeras alterações fisiológicas, como a diminuição do fluxo cerebral; de personalidade, com a acentuação das características da personalidade, e ainda alterações ao nível social, como perda de posição social, decorrente da entrada na reforma, e de familiares e amigos (Pedrosa, Duque & Martins, 2016).

A forma como a sociedade ainda interpreta o envelhecimento e se relaciona com os mais velhos, é resultado das representações sociais reformuladas ao longo do tempo. É dessa forma que o idoso se aceita a si próprio enquanto pessoa e, por conseguinte, consente o seu processo de envelhecimento. A imagem estereotipada, muitas vezes negativa, associando à velhice a apatia, isolamento, doença, dependência e morte, determinam erroneamente a forma como a sociedade interpreta esta fase da vida e, conseqüentemente, a forma como as pessoas, no futuro, se reveem.

Estas representações têm grandes implicações na vida do idoso, uma vez que o modo como o idoso vivencia o envelhecimento e a capacidade deste em equilibrar os pontos positivos e negativos, vão ser fundamentais para se adaptar melhor a esta fase.

A compreensão do envelhecimento está em constante mudança, podendo ser analisada como um complexo estado biomédico e psicossocial que se vai construindo ao longo da vida. A investigação gerontológica, nos últimos anos, tem contribuído para que se contrariem estas visões tradicionalistas, estereotipadas e redutoras, através de um envelhecimento ativo, mostrando que a velhice é uma etapa tão importante como a infância, a adolescência e a idade adulta, sendo a velhice um acumular de conhecimentos, vivências e histórias que podem ser transmitidas às gerações vindouras.

A Organização Mundial de Saúde (2005, p. 13), define o envelhecimento ativo como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Por conseguinte, o conceito de envelhecimento ativo proposto pela OMS, associa-se ao envelhecimento saudável (OMS, 2015), que corresponde ao processo de desenvolver e manter a capacidade funcional dos indivíduos, que lhes permite o bem-estar na idade avançada, tendo em conta que o bem-estar não é apenas individual, sendo influenciado pela saúde e por fatores sociais, psicológicos, socioeconómicos e ambientais.

O modelo de envelhecimento saudável, numa visão biomédica, tanto é encarado como positivo, no sentido “normal”, “sem doenças”, como negativo, quando associado a uma vertente patológica, com doenças.

No Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), associa-se o envelhecimento a nível biológico aos danos moleculares e celulares, que resultam na perda de reservas fisiológicas, declínio da capacidade intrínseca do indivíduo e um aumento do risco de contrair doenças.

O envelhecimento é um processo multidimensional, integrante do processo de desenvolvimento do ser humano e resulta da integração dinâmica entre o indivíduo e o contexto. Assim, Paul Baltes e Margaret Baltes (1990), consideram que existem três formas de envelhecer:

- Envelhecimento Normal: sem patologia biológica e mental;
- Envelhecimento Patológico: existência de patologia mental ou física;
- Envelhecimento Saudável: existência de condições propícias ao desenvolvimento psicológico, qualidade de vida, baixo risco de doenças e incapacidade e funcionalidade física e mental.

Carvalho (2013) refere que o envelhecimento normal provém da capacidade do indivíduo, por si só, prevenir, precocemente, o envelhecimento patológico. Por

consequente, o envelhecimento não é uma patologia, no entanto, pode o indivíduo devido à diminuição da resistência orgânica, estar mais exposto à doença se a preparação para o envelhecimento não tiver sido feita de forma adequada ao longo da vida.

Bowling e Iliffe (2011), através do seu estudo de abordagem psicológica para o envelhecimento bem-sucedido, concluíram que o envelhecimento saudável não está apenas resumido à saúde física e mental, mas também à maximização de recursos psicossociais, como a autoestima, a resiliência, a confiança, o otimismo, o sentido da vida, ultrapassar dificuldades e enfrentar os problemas.

Deste modo, Erikson (1997, citado em Fontaine, 2000) defende que, sendo a velhice o último estágio da vida, pode gerar um sentimento de integridade, sentindo prazer em envelhecer com respeito e dignidade ou gerar ansiedade, por poder perder o controlo de si mesmo, a falta de autonomia e não encarar a finitude como sendo algo natural na vida humana. O autor acredita que se a vida do idoso foi bem sucedida ao longo das diferentes fases, o levará a uma velhice positiva.

De acordo com Carvalho (2013), o envelhecimento bem-sucedido resulta, então, da capacidade de prevenção de doenças, da maximização das funções cognitivas, da integração em redes de suporte familiar e social e do processo dinâmico de adaptação ao envelhecimento. A autora apresenta, ainda, o conceito de envelhecimento ativo, defendendo novas formas de emancipar o indivíduo, com vista a maximizar o bem-estar, não negando o aspeto negativo do envelhecimento, mas concebendo-o como algo a prevenir e atuar.

Os idosos que tiverem uma visão negativa do envelhecimento, são aqueles que estão em maior risco de desenvolver uma fragilidade psicológica. Esta fragilidade e dependência nos idosos, requer a construção de linhas orientadoras que promovam uma vertente interventiva quer a nível físico, quer social, com vista à promoção de relações sociais que desenvolvam o sentimento de pertença (Duarte, 2015).

Neste sentido, o envelhecimento fisiológico pode desencadear, naturalmente, alterações fisiológicas mais expressivas, que se podem caracterizar por síndrome de fragilidade ou *frailty*, muitas vezes difícil de ser distinguida do envelhecimento patológico. Yang (2017), menciona “*frailty can severely affect work and quality of life, as well as increase social and family burden*”<sup>4</sup>, que produz efeitos na vida do idoso e nos seus familiares. Frequentemente, a fragilidade do idoso no que concerne aos níveis físicos

---

<sup>4</sup> “A fragilidade pode afetar gravemente o trabalho e a qualidade de vida, bem como aumentar a carga social e familiar”.

e mentais, provoca, por sua vez, fragilidade nos cuidados que a família presta, por vezes por falta de apoio ou por falta de conhecimento para lidar com a situação. Acrescenta Kherzian et al. (2017) e a British Geriatrics Society (2017), que para o idoso estar no estado de *frailty*, a sua qualidade de vida e independência diminui podendo perder capacidades sobre a sua vida ou sofrer alterações no seu estado mental.

Birren e Schroots (19996, citado em Fehine e Trompieri, 2012), referem que o envelhecimento patológico diz respeito a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento, como são exemplo as doenças cardiovasculares, cerebrais, diabetes, etc.; porém com o aumento da idade, a probabilidade de contrair certas doenças é maior.

Verificando-se a possibilidade de entrar num processo patológico a qualquer momento, importa frisar que na definição desse processo, existem seis características a considerar (Birren & Renner, 1980, citado em Fontaine, 2000):

- Degradação da autoestima;
- Dificuldade de adaptação da representação à realidade;
- Diminuição do domínio do ambiente;
- Perda de autonomia;
- Aparecimento de desequilíbrios na personalidade;
- Declínio na capacidade de mudança.

As manifestações psicopatológicas mais frequentes nos idosos são a depressão, a ansiedade e as demências, no entanto, para avaliar o estado psicológico, tem de se fazer referência ao seu contexto de vida e às respostas do seu ambiente, como, por exemplo: a perda do cônjuge aumenta com a idade, logo, o estado depressivo como consequência da mesma, não pode ser comparado quando associado a acontecimentos da vida não identificáveis (Fontaine, 2000).

Ante o exposto, a visão generalizada de que o envelhecimento é uma patologia, sendo muitas vezes confundido com doença e um problema em vários contextos, traz consequências aos idosos.

De acordo com o Relatório Portugal Mais Velho (2020), o envelhecimento acarreta perdas cognitivas e físicas, no entanto, e decorrente deste processo de perdas, é necessário que a sociedade deixe de associar o envelhecimento a patologias. Para isso, é importante que se elaborem estudos acerca do processo de envelhecimento e do que este envolve. Torna-se importante evidenciar as diferenças entre senescência e senilidade: a

senescência é o envelhecimento natural, pautada pelo declínio físico e mental de forma gradual e a senilidade é o envelhecimento patológico, onde ocorrem rapidamente processos de declínio físico e/ou mental. Não quer isto dizer que a idade avançada comporta necessariamente um processo de perdas físicas e cognitivas. Muitos idosos, apenas passam pelo processo de senescência, como todos os seres humanos, caso não contraíam doenças ou passem por complicações que possam despoletar um processo de degradação de funções físicas e/ou cognitivas.

É urgente dissociar envelhecimento e doença: todos os indivíduos envelhecem e as defesas podem enfraquecer, não implicando o desenvolvimento de problemas de saúde. Dissociar os dois conceitos torna-se fundamental, porque o envelhecimento não é uma doença e a doença não significa envelhecimento. Ou seja, do mesmo modo que todos os jovens não são saudáveis, nem todos os idosos têm doenças. Deste modo, se a diminuição das capacidades físicas e mentais não forem afetadas pela doença ou pela ausência de atividades sociais, culturais e de ocupação, o idoso conseguirá ultrapassar as dificuldades de um envelhecimento normal e manter a autonomia.

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (DGS, 2017), faz referência ao envelhecimento como sendo um fenómeno construído pela sociedade, indo para além da dimensão biológica.

A OMS, através do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), enfatiza que perante um envelhecimento mais vulnerável, será necessário desenvolver um envelhecimento ativo e saudável (*Healthy Ageing*), tendo em conta as necessidades dos idosos, permitindo-lhes autonomia e garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida, com base em práticas que adiem o agravamento de doenças crónicas e a diminuição das capacidades físicas e mentais (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017).

Em suma, o envelhecimento saudável, pode prevenir ou retardar condições crónicas que afetam os mais velhos.

## 1.2 Solidão em idosos

A solidão, de acordo com as definições encontradas na literatura, diz respeito a uma experiência desagradável, que ocorre quando a rede de relações sociais do indivíduo é deficitária nalgum aspeto que o mesmo considera importante (Gierveld, 1987) expressando uma necessidade de pertença e de relacionamento com os outros (Perlman e Peplau, 1982).

Este sentimento, advém da discrepância entre a qualidade e a quantidade das relações que o indivíduo tem e das que gostaria de ter (Russel et al., 1980; Perlman e Peplau, 1981).

A definição proposta pelos autores partilha de três pontos em consonância com outros autores que estudam a solidão: (i) a solidão ocorre quando as relações sociais do indivíduo não correspondem à sua expectativa; (ii) a solidão é uma experiência subjetiva, não podendo estar relacionada com o isolamento objetivo, quer isto dizer que a pessoa pode sentir-se só, mesmo que rodeada de muita gente; (iii) a solidão é o resultado de relações sociais deficientes.

Apesar de muitas vezes se associar a solidão e o isolamento social, podemos referir que estes não são sinónimos, sendo por isso necessária a sua distinção. Como já referido anteriormente, a solidão é uma experiência subjetiva negativa, não sendo por isso observável, enquanto que o isolamento social se traduz na condição objetiva de não possuir laços com os outros (Dykstra, 2009).

Maia (2002) refere que o isolamento remete para o afastamento, podendo ocorrer ao nível físico e/ou psicológico, e que este pode influenciar o aparecimento da solidão. O isolamento social está, por isso, relacionado com a quantidade e com a frequência dos contactos interpessoais, referindo-se assim à ausência objetiva de relacionamentos (Gierveld e Havens, 2004).

No decorrer da vida, os contextos vão-se alterando, assim como as pessoas com as quais estabelecemos relações e todas elas contribuem para a construção da individualidade de cada pessoa. Por conseguinte, a rede social é definida a partir de um indivíduo e delimitada por ele próprio.

Num estudo realizado por Ussel (2001, citado em Fernandes, 2007), o autor considera que o trabalho e a família são dois eixos que estruturam e definem a existência humana. Deste modo, qualquer alteração provocada nestes pode desencadear problemas, nomeadamente o sentimento subjetivo de solidão.

Assim sendo, as redes informais onde se inserem os familiares, os vizinhos e os amigos são fundamentais para a manutenção da autonomia, saúde mental e satisfação com a vida (Moreira, 2020). O processo de envelhecimento, por sua vez, traz progressivas transformações e estreitamento das redes sociais devido a alterações familiares como é exemplo a viuvez e as alterações ocorridas na dimensão de família. Ora, se há uns anos os agregados eram compostos por vários filhos, hoje assistimos a precisamente o contrário, como é exemplo a diminuição da natalidade. Apesar destas alterações, não significa que redes familiares mais reduzidas, não cuidem dos seus familiares mais velhos.

De acordo com Moreira (2020), são os familiares que vão assegurando, na sua maioria, os cuidados aos mais velhos, tornando-se o suporte, em conjunto com os amigos e os vizinhos, fundamental para ajudar a prevenir a solidão nos idosos, especialmente quando residem sozinhos ou têm idades avançadas.

Afonso (2015), defende que “à medida que as pessoas envelhecem, as suas redes sociais tendem a diminuir, pela perda do cônjuge, familiares ou amigos ou, ainda, pela perda do contato” (p. 19).

Ante o exposto, um estudo levado a cabo por Savikko e colaboradores em 2002 (2005, citado em Fernandes, 2007), concluiu que existem agentes potenciadores de solidão, sendo a viuvez, baixos rendimentos, as doenças, a morte do/a companheiro/a e a falta de amigos e camaradagem, disso exemplo. A rutura da atividade laboral, também pode potenciar a solidão na medida em que ocorre um declínio no padrão de vida e a perda da utilidade social.

Decorrente do processo de envelhecimento e com o avanço da idade, os idosos participam menos na vida em comunidade, o que pode desencadear sentimentos de solidão. Um estudo experimental, desenvolvido por Machado (2012), comprovou que pessoas realizadas e satisfeitas com a vida, têm mais facilidade em adaptar-se às situações menos positivas.

Neto (1992), considera que existem fatores que influenciam, de certo modo, a solidão. A idade, derivado do estereótipo de que as pessoas idosas são mais solitárias em comparação com pessoas mais novas, contudo, investigações mais recentes, têm revelado que a tendência geral é que a solidão diminua com a idade. O estudo realizado por Gutek et al., (1980, citado em Neto, 2000), demonstrou que a população obteve níveis de solidão mais baixos quando comparados a populações mais novas, demonstrando que, tendencialmente, a solidão diminui com o avançar dos anos. Não quer isto dizer que as

peças mais novas não podem experimentar sentimentos de solidão. O autor defende ainda que o sexo é um fator que pode influenciar a solidão, no entanto, estudos onde foi utilizada a Escala de Solidão da UCLA, não encontram diferenças nos *scores* de solidão segundo os sexos. O estado civil, para Neto (1992) é um fator preponderante para a solidão, uma vez que as pessoas solteiras sofrem mais de solidão quando comparadas com pessoas viúvas ou divorciadas.

No estudo realizado por Weiss (1973, citado em Neto, 2000) concluiu que as pessoas não casadas sofrem mais solidão do que as casadas (Weiss 1973, citado em Neto, 2000). Os resultados do estudo realizado por Fernandes (2007), corroboram com os estudos referidos anteriormente, uma vez que o mesmo revelou que os idosos viúvos e solteiros, apresentam maior solidão que os casados.

De acordo com Neto (1982), o estudo realizado por Paúl e Ribeiro (2009) indica a existência de um conjunto de fatores associados à solidão. No entanto, os resultados são disparem no que concerne à idade, uma vez que estes referem que a prevalência de solidão aumenta com a idade, sendo o sexo um fator também preponderante, onde as mulheres sentem mais sós (20.4%) em comparação com os homens (3.7%). A solidão, varia de acordo com o grau da escolaridade, uma vez que as pessoas analfabetas apresentam valores de solidão mais elevados (25.8%). O mesmo estudo refere ainda que o estado civil tem influência sobre a solidão, sendo esta mais frequente em viúvos (30.6%), de seguida em solteiros (15.8%) e por último em casados (9.2%).

Sendo muitas as definições de solidão, e sendo este ainda um conceito vago e influenciado por vários fatores sociais e pessoais, tem-se procurado através de investigações, quais as consequências desta no domínio biopsicossocial.

As medidas adotadas no decurso da COVID-19, com especial relevo o isolamento social, vieram agudizar os sentimentos de solidão. De acordo com Santos, Brandão e Araújo (2020), o isolamento social prolongado para além de causar sentimentos negativos, podem levar a consequências mais graves no futuro. Segundo os autores, estas consequências resultam da mudança drástica e repentina que o COVID-19 provocou na vida das pessoas, sem perspectiva para terminar. Os autores referem ainda que as consequências do isolamento podem ser maiores nos idosos uma vez que a maioria reside com o/a companheira, sozinhos ou em estruturas residências para idosos (Wang et al., 2020b).

Nos Estados Unidos, dados epidemiológicos demonstraram um crescimento das taxas de suicídio nos idosos durante o isolamento, destacando a necessidade de realização

de estudos acerca da saúde mental dos idosos durante a pandemia dada a carência de pesquisas consistentes sobre este tema (Vahia et al., 2020). Apesar de necessário, o isolamento social traz efeitos prejudiciais à saúde mental dos idosos.

Impera, mediante o exposto, a necessidade de cuidados informais aos mais velhos, para que seja possível a manutenção do bem-estar e integração social, para evitarmos situações de solidão, tal como urge a implementação de novos modos de intervenção que atenuem o isolamento e solidão dos mais velhos.

Em suma, sendo o século XXI, intitulado como o século do envelhecimento, traz desafios aos técnicos, à sociedade e ao próprio idoso para que, conjuntamente, encontrem estratégias de prevenção do isolamento e da solidão (Santos e Freitas, 2018).

### 1.3 Depressão nos idosos

A depressão no idoso caracteriza-se como um distúrbio da área afetiva ou do humor. Os transtornos depressivos são definidos pela American Psychiatric Association e pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V) (APA, 2014) como a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas. Estas alterações, inevitavelmente, afetam áreas importantes na vida dos indivíduos.

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento, podem dificultar o diagnóstico e o tratamento da depressão, uma vez que nesta fase da vida, podem surgir patologias crônicas, retardo psicomotor, sintomas subjetivos de perda da concentração e da memória e alterações do sono (Paradela, 2011).

A depressão é, atualmente, considerada como um problema de saúde importante que atinge indivíduos de todas as faixas etárias, podendo ser em casos mais avançados uma doença mental grave e incapacitante.

Os estudos acerca da carga global da doença<sup>5</sup> referem que no mundo, cerca de 23% da doença é atribuível a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos. As principais condições que contribuem para esta percentagem são as doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crônicas, a diabetes e os distúrbios neurológicos e mentais como a demência e a depressão (Prince et al., 2015; WHO, 2002).

A depressão é considerada a doença mental mais comum nos idosos, podendo ter um impacto negativo em todas as dimensões da sua vida. Apesar desta ter uma prevalência elevada, de 3 a 5 vezes maior nos idosos do que na população em geral (Lucas, Vinogradova e Rosa, 2014; Sousa et al. 2011) a depressão não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento, embora seja frequentemente considerada como parte integrante do mesmo (Vaz e Gaspar, 2011).

---

<sup>5</sup> “Os estudos da carga global da doença (Global Burden of Disease) oferecem uma perspetiva única sobre a saúde, uma vez que, ao mesmo tempo que integram num único indicador ou medida de saúde a morte, a doença e a incapacidade, também permitem a análise de cada um desses componentes separadamente. Este indicador (*DALY, Disability Adjusted Life Years*) combina as estimativas dos anos de vida perdidos por morte prematura (*YLL, Years of Life Lost*) e dos anos de vida perdidos por doença e/ou incapacidade (*YLD, Years Lived with Disability*).” <https://www.dgs.pt/em-destaque/carga-global-da-doenca-em-portugal-um-novo-olhar-sobre-a-saude-dos-portugueses.aspx>

O idoso está mais vulnerável ao surgimento de crises existências, principalmente às que estão relacionadas com marcadores identitários em que podem surgir transtornos mentais como mudanças de humor, depressão e demência (Veras, Coutinho e Coeli, 1997; Tamai et al., 2002, Souza et al., 2014).

Conceptualmente, a associação entre depressão e envelhecimento pode ter duas leituras complementares (Marques & Firmino, 2006, citado em Sousa, 2003): a depressão sendo resultado das alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais determinadas pelo envelhecimento, sendo desta forma uma variável dependente do mesmo, ou seja, aparece devido ao envelhecimento ou a depressão como um fator que provoca alterações nas diversas áreas, alterando a qualidade de vida do idoso, determinando a morbidade e afetando o prognóstico vital, sendo deste modo uma variável independente.

O conceito de depressão, segundo Ballone (2006), pode ser distinguido quanto à sua tipologia, sendo por isso a causalidade da depressão reativa, secundária ou endógena.

Pode, nesse sentido, ser reativa a alguma situação vivencial traumática, onde o idoso passa por uma condição existencial que pode ser problemática, como por exemplo, a reação do corpo a alguma situação como a morte do cônjuge; secundária a alguma condição orgânica, onde o idoso pode desenvolver estados patológicos e degenerativos que facilitam o aparecimento de uma depressão, como por exemplo a existência de uma doença que esteja a despoletar a depressão e, por último, endógena, quer isto dizer que o idoso acarreta uma história prévia de traços de personalidade que se mantêm na velhice, ou seja, se o indivíduo foi uma pessoa triste, ao longo da vida, envelhecendo continuará triste e depressivo.

Neste sentido, Vaz & Gaspar (2011) consideram que existem fatores de risco associados aos sintomas depressivos nos idosos, sendo eles demográficos (ruralidade, sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade e profissão), psicossociais (acontecimentos de vida, luto, falta de confidente ou relação íntima, isolamento sócio-afetivo, apoio sociofamiliar, solidão, dificuldades em satisfazer as atividades de vida diárias, dificuldades cognitivas e história prévia de depressão) e de saúde (doença física, número de doenças, doenças crónicas, incapacidades e deficiências, doença psíquica).

A depressão no idoso considera-se mais severa, duradoura e incapacitante do que noutros grupos etários sendo os sintomas iniciais do quadro depressivo relativamente inespecíficos (Simões, 1996, citado em Martins, 2008). A astenia, o desinteresse em realizar as tarefas, as perturbações de sono, a tristeza e ansiedade, o desinteresse por

hábitos e/ou prazeres habituais, constituem-se como os sintomas mais comuns, no entanto, os sintomas mais específicos são os que decorrem da depressão do humor, bem como a lentidão psicomotora.

Devemos ter em conta que a depressão se trata de uma perturbação associada a vários fatores e manifestações clínicas. As manifestações clínicas são, por vezes, mais difíceis de identificar, como, por exemplo, as alterações neurofisiológicas e modificações do ambiente sociofamiliar (como o acumular de perdas, pessoas, posições sociais, etc). Importa ainda frisar que há vários sintomas do processo de envelhecimento que se podem confundir com sintomas habituais de depressão, tais como, a lentificação psicomotora, tendência para a inatividade, diminuição dos contactos sociais (Piccoloto, Wainer, Benvegnú e Juruena, 2001, citado em Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri, 2006).

Deste modo, o reconhecimento da depressão no idoso é dificultado por esta se expressar de forma atípica e ser facilmente confundida com determinadas patologias associadas ao processo de envelhecimento.

Medeiros, Fernandes e Coelho (2010), consideram que a dor é uma das queixas mais comuns, que surge descomedida envolvendo vários sistemas, tais como o sistema gastrointestinal, neurológico e músculo-esquelético. Para além da componente física, Silva et al. (2005), ressaltam que a história social do indivíduo é imprescindível para o diagnóstico, uma vez que decorrente das perdas pessoais (cônjuge, amigos, animais de estimação) podem ser desencadeados episódios depressivos.

Como já referido anteriormente, na American Association's Diagnostic and Statistical Manual-V (DSM-5) (APA, 2014), o termo depressão ou humor baixo, significa uma perturbação do humor que se caracteriza, geralmente, por sentimentos de tristeza profunda e desespero. Contudo, a depressão não se apresenta apenas sob a forma de tristeza. Apresenta-se, também, através das alterações significativas de peso, das alterações do sono marcadas pelas insónias ou sonolência em excesso, astenia, distúrbios do apetite, sentimentos de culpa, de desesperança e inutilidade e pensamentos sobre a morte e, em casos mais graves, pensamento suicidas (Alexopoulos, et al., 2002; Baldwin e Hirschfeld, 2003; Salgueiro, 2007). Siqueira et al. (2019) e Gazelle et al. (2004), corroboram o exposto anteriormente, acrescentando que nos idosos é frequente a depressão ser associada a esses sintomas somáticos.

É nas idades mais avançadas que a depressão atinge índices mais elevados de morbidade e mortalidade, sendo frequentemente associada a outras condições médicas. Ainda nesta linha de pensamento, a Organização Mundial de Saúde, refere que a

depressão é uma das principais causas de incapacidade e previu antes de chegar a 2020 que esta será a segunda maior causa de incapacidade após a doença cardíaca em todos os países (Barg et al., 2006). Em 2006, em Portugal, o Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas já considerava a depressão como um dos principais problemas a prevenir.

Para diagnosticar a depressão enquanto doença, é necessário reunir uma série de critérios para o seu diagnóstico (APA, 2014), que de seguida vamos descrever. Sendo a depressão major, a perturbação depressiva mais estudada e, também, a mais grave (Steffans et al., 2000 citado em Sousa, 2008), o seu diagnóstico tem de obedecer a um critério de gravidade, isto é apresentar cinco dos nove sintomas, num período mínimo de duas semanas. De acordo com os critérios de depressão major, os pacientes têm de apresentar pelo menos um dos seguintes sintomas: (i) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo, por exemplo, sente-se triste, sem esperança, ou por observação de outras pessoas, como, por exemplo, o indivíduo chorar muitas vezes; (ii) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias, indicada por relato subjetivo ou por observação feita por outros. A presença de um ou de ambos os sintomas têm de representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior e não se devem incluir sintomas nitidamente associados a outra condição médica. Para além destes, o indivíduo deve, pelo menos, experimentar quatro dos seguintes sintomas:

- Perda ou ganho significativo de peso sem estar a fazer dieta (por exemplo uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês) ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriação ou culpa por estar doente);
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);

- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

De acordo com Pedrosa, Duque e Martins (2016), os pensamentos de morte são comuns nos idosos sendo, em muitos países, o grupo de risco para o suicídio, que os autores consideram aumentar com a idade, tendo maior prevalência em pessoas com 65 ou mais anos. Na visão destes autores, 46 a 86% dos doentes que morreram por suicídio apresentavam depressão major nas semanas que precederam a sua morte, marcadas por uma fraca integração na sociedade, habitarem sozinhos, problemas económicos ou marcados por perdas cumulativas: doença, viuvez etc., e comorbilidades médicas (presença de dor, limitação funcional e dependência de fármacos). Para Marques e Ramalheira (2006), as características mais comuns do suicídio nos idosos passam pela dor psicológica insuportável, pela frustração de necessidade psicológica, pensar que ninguém os pode ajudar e como tentativa de cessar a consciência da dor; o suicídio é, então, encarado como solução.

A alta taxa de infeção do novo coronavírus (COVID-19) e das medidas restritivas adotadas, a saúde mental dos indivíduos, em especial da população idosa, foi afetada, resultando também no aumento do risco de suicídio (Gratz, 2020). No contexto pandémico, este aumento do risco de suicídio traz efeitos a longo prazo, com especial incidência nos mais velhos (Gunell, 2020).

Quanto ao tratamento da depressão, a modalidade mais recorrente é o uso de fármacos como, por exemplo, os antidepressivos (Rocha et al., 2013), no entanto, a combinação de terapia cognitiva comportamental com a medicação é mais eficaz do que apenas o tratamento com fármacos, sendo recomendado em casos de depressão ligeira a moderada.

Vários são os estudos que demonstram a elevada prevalência de distúrbios depressivos em idosos. Vaz e Gaspar (2011), no seu estudo realizado em idosos institucionalizados no concelho de Bragança, referem que existe um conjunto de fatores como a idade, o estado civil (nomeadamente os solteiros, viúvos ou divorciados) e o baixo nível de escolaridade, relacionados com a depressão no idoso. O mesmo estudo refere que, naquele concelho, 46,7% dos idosos apresentam sintomatologia depressiva, dos quais 33,3% apresentaram sintomas de depressão ligeira e 13,4% sintomas de depressão grave.

Alguns autores que estudaram a depressão, consideram que o baixo nível de escolaridade, o analfabetismo, a dependência, a idade avançada, a precaridade das condições habitacionais, o sexo e estado civil, são fatores que têm preponderância na depressão nos idosos (Gao et al., 2009; Maciel et al., 2006; Torija et al., 2007).

Ainda em Portugal, um estudo levado a cabo por Sousa et al. (2010), nos quatro centros de saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, indicam que a prevalência de depressão provável foi de 42,1%, sendo maior no sexo feminino, nos indivíduos de baixa escolaridade e não casados.

O Retrato da Saúde (2018), refere ainda que a depressão surge como um dos problemas que mais afeta os portugueses. Ainda de acordo com o documento, a mortalidade devida a causas de saúde mental é baixa e está relacionada quase exclusivamente com o suicídio (3,1% em 2015) que se verifica, sobretudo, em pessoas com doenças mentais graves, sendo na sua maioria tratáveis (depressão major e depressão bipolar), fazendo ainda parte das mortes que podem ser evitadas, ou seja, se o diagnóstico for feito em tempo útil e a abordagem terapêutica se observar eficaz.

Ante o exposto, considera-se fundamental o rastreio da depressão na população idosa, quer na minimização dos sintomas quer na sua prevenção, com vista a potenciar a qualidade de vida dos idosos.

## 1.4 Ansiedade nos idosos

A ansiedade consiste numa resposta normal e adaptativa perante ameaças, reais ou imaginárias, preparando o indivíduo para reagir face ao perigo. De um modo geral, caracteriza-se por um sentimento difuso, vago, desagradável, de medo e apreensão, face a algo estranho ou desconhecido ao indivíduo (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003, citado em Bernardino, 2013). Segundo o DSM-V (APA, 2014), a ansiedade define-se por uma alteração do comportamento dos indivíduos, marcada pela antecipação a uma ameaça, real ou percebida.

A ansiedade não é necessariamente negativa, na medida em que pode ser potenciadora da ação, ou seja, de certa forma a ansiedade pode estimular o indivíduo a agir, isto é, face a um estímulo percebido como ameaçador, dá-se uma reação de alerta para o perigo que obriga o indivíduo a tomar precauções necessárias de modo a dar uma resposta adequada à situação que lhe provoca ansiedade. Por outro lado, a ansiedade pode interferir com o funcionamento quotidiano e provocar um sentimento de apreensão (Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri, 2011). Marcada por um estado emocional transitório, com o indivíduo a vivenciar conflitos psicológicos e sentimentos desagradáveis de angústia e sofrimento, podem ocorrer sintomas como alterações no sono, taquicardia, irritabilidade, falta de ar, apreensão, vontade excessiva de urinar, etc (Norton, Ancelin, Stewart, Berr, Ritchie & Carrière, 2012).

Montgomery (2000) e Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri (2011) consideram que quando a ansiedade perturba o funcionamento do indivíduo e não produz respostas adequadas às situações que provocam ansiedade, o indivíduo necessita de ajuda médica. Para se diferenciar a ansiedade normal e a ansiedade patológica, é fundamental avaliar se a reação que provoca a ansiedade é de curta duração, autolimitada e se está relacionada ou não com um estímulo do momento.

Deste modo, a ansiedade torna-se patológica quando os sintomas são (i) expressos de forma exagerada e desproporcionais face ao estímulo, (ii) quando interferem com a qualidade de vida, com o desempenho diário ou com o conforto social; e (iii) quando são diferentes daquilo que se observa como sendo normativo para aquela faixa etária.

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), o diagnóstico de perturbação de ansiedade tem de obedecer a um conjunto de critérios de diagnóstico que serão expostos de seguida. A perturbação de ansiedade generalizada, tem como sintomas associados a ansiedade e preocupação excessiva (expectativa apreensiva), que ocorre na maioria dos dias, pelo

menos, por um período de seis meses. Para o indivíduo, é difícil controlar a sua preocupação. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três, ou mais, dos seguintes seis sintomas, com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses, como já referido anteriormente: 1. inquietação ou agitação; 2. fadigabilidade; 3. dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; 4. irritabilidade; 5. tensão muscular; 6. perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

Revela-se fundamental ter em conta que o tempo considerado habitual da persistência dos sintomas é apenas uma orientação para os profissionais, e para a ansiedade ser diagnosticada é necessário verificar que a perturbação não se deve a efeitos fisiológicos de uma substância (medicamentos ou outras), a outra condição médica (por exemplo, hipertireoidismo) ou quando a perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental (por exemplo, ansiedade ou preocupação a ter ataques de pânico na perturbação de pânico, separação das figuras de apego na perturbação de ansiedade de separação, lembrança de eventos traumáticos na perturbação de stress pós-traumático, etc...).

Tendo como prevalência de 7,3%, a perturbação de ansiedade generalizada é a que mais se destaca nas perturbações de ansiedade no idoso (Andreescu et al., 2011; Lenze et al., 2005; Porensky et al., 2009).

Os autores Vink, Aartsen e Schoevers (2008), consideram que a ansiedade se manifesta frequentemente através de sintomas como a dificuldade de concentração, taquicardia, cefaleia, tensão, dores musculares, formigueiro e suores.

Assim, a ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do idoso, que de modo geral afetam o seu bem estar, podendo ter repercussões negativas na sua vida, como por exemplo problemas de memória e, conseqüentemente, diminuição na qualidade de vida, aumento do risco de doença física e potenciando, em casos mais extremos, aumento do risco de morte (Miller, 2009; Sinoff e Werner, 2003).

De acordo com Ribeiro et al. (2011), as perturbações de ansiedade na velhice são relativamente comuns, contudo, estas são menos estudadas nos idosos do que qualquer outra perturbação de humor, como é exemplo a depressão.

A ansiedade nos idosos relaciona-se com as limitações vivenciadas na velhice, sendo vistas na sua maioria como ameaçadoras, tendo interferência na atenção, na

codificação da memória, podendo assim afetar a compreensão e o raciocínio (Skinner e Vaughan, 1885, citado em Oliveira et al., 2006), que nesta etapa da vida poderia ser a distinção entre uma saúde mental boa ou comprometida.

Assim, para a avaliação diagnóstica, é quase obrigatório apurar a intensidade de sintomas e o impacto destes na vida do indivíduo.

Machado et al. (2016) referem que a ansiedade é uma das principais perturbações psiquiátricas nos idosos, sendo predominante nos indivíduos com outras doenças físicas e com menor grau de escolaridade.

Sendo os estudos sobre a prevalência das perturbações de ansiedade em idosos escassos, torna-se pertinente a realização de estudos acerca destas, uma vez que segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (2017), o registo de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011, principalmente no que diz respeito às perturbações de ansiedade, com tendência a aumentar ainda mais do que o previsto para o ano de 2020 (21%).

Em suma, a pandemia COVID-19, aumentou consideravelmente a ansiedade na população em geral, com especial incidência nos idosos, uma vez que, de um modo geral, apenas tinham acesso a informações através dos meios de comunicação e por alguns familiares, o que poderá resultar em estados de ansiedade mais elevados. Um estudo realizado em Portugal, acerca da ansiedade, mais um quarto dos indivíduos da população em geral adulta reportava sintomas de ansiedade (Almeida et al., 2020). Urge, intervir junto da população idosa de forma a proporcionar uma boa qualidade de vida, sendo fundamental intervenções na área da saúde mental de modo a que estes estados de ansiedade não contribuam para a exacerbação de problemas psiquiátricos, especialmente nos idosos.

## 1.5 A pandemia COVID-19 nos idosos

O ano de 2020 foi um ano atípico, intenso, com novas realidades vividas por todos, marcado pela perda de liberdade e com impactos ainda maiores em indivíduos com perturbações mentais.

A pandemia COVID-19 veio provocar alterações profundas na vida humana, com potencial impacto na saúde global das populações, principalmente na saúde mental e no bem-estar das populações, podendo ainda conduzir à ansiedade e depressão. As medidas adotadas para controlar a transmissibilidade e disseminação do vírus, como é exemplo o distanciamento físico e isolamento social, na sua manifestação mais extrema como o confinamento, têm sido responsáveis por impactarem negativamente a saúde mental e o bem estar psicológico dos indivíduos (INSA, 2020).

De acordo com a DGS (2020):

“A 31 de dezembro de 2019, a China reportou à Organização Mundial de Saúde um cluster de pneumonia de etiologia desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de peixe, mariscos vivos e aves na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. A 9 de janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram um novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV) como agente causador da doença. A sequenciação genómica do novo vírus foi feita em tempo recorde e partilhada a nível internacional. De acordo com diversas autoridades de saúde internacionais, o impacto potencial de epidemia por SARS-CoV-2 é elevado, sendo expectável a propagação global do vírus. Por isso mesmo, o Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde declarou, a 30 de janeiro de 2020, a doença por novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional” (p. 2).

A 11 de março de 2020, foi declarado o contexto epidemiológico do novo coronavírus (*o severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; SARS-CoV-2*) como pandemia, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o que obrigou todos os países a uma resposta nacional urgente. Em Portugal, os primeiros casos de infeção foram confirmados a 2 de Março de 2020 (*Decreto n.º2-A/2020 - Diário Da República n.º 57/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-20, 2020*).

A COVID-19 é uma doença que resulta da infeção por um vírus (SAR-CoV-2), tendo a maioria das pessoas infetadas pela mesma, sintomas ligeiros ou moderados que não requerem tratamento hospitalar. Para além da febre, tosse seca e fadiga, que são as manifestações mais frequentes, podem surgir outros sintomas como dificuldade respiratória, dor de cabeça, falta de ar, diarreia, náuseas e vómitos, podendo ainda afetar

órgãos vitais, onde se inclui o sistema nervoso central (Steardo et al., 2020; World Health Organization, 2020b).

A transmissão pode ocorrer por contacto direto ou por gotículas de saliva que se propagam pelo espirro ou pela tosse de uma pessoa que esteja infetada (Rothan e Byrareddy, 2020), acompanhado por contacto próximo com as mucosas da boca e nariz, do toque de mãos, podendo também haver propagação através de objetos e superfícies contaminados (Pereira et al., 2020).

No entanto, é possível que alguns indivíduos possam ser assintomáticos ou apresentar sintomas leves, porém, são capazes de transmitir o vírus a outros (Moraes et al., 2020).

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020), foram verificadas grandes diferenças na mortalidade entre grupos de pessoas relacionadas com variáveis como a idade ou a existência de comorbilidades, tornando assim os idosos a população mais vulnerável, uma vez que apresentam maiores taxas de mortalidade (Hammerschmidt e Santana, 2020).

A taxa de letalidade é um importante indicador da gravidade de uma doença, na qual o novo coronavírus se apresenta com uma doença de alta letalidade nos idosos, com especial incidência naqueles que possuem comorbilidades ou sistema imunológico comprometido.

Em Portugal, foi decretado o estado de emergência no dia 18 de março de 2020<sup>6</sup>, pelo Presidente da República (*Decreto-Lei n. 14-A/2020*, 2020), que impôs um período de medidas altamente restritivas aos cidadãos residentes, com dever de recolhimento obrigatório no domicílio, com algumas exceções para atividades essenciais. Este regime excecional prolongou-se com duas renovações, tendo sido levantado às 00H00 do dia 2 de maio de 2020 (Direção-Geral da Saúde, 2020 citado em INSA, 2020).

As alterações na forma de viver, individual e comunitária, decorrentes das medidas de saúde pública que foram implementadas para conter a propagação do vírus, aliadas ao medo e incerteza crescentes de infetar alguém ou ser infetado, têm sido apontados como fatores de risco para a saúde mental. Ora, se por um lado o isolamento social é necessário para impedir a propagação do vírus, por outro, traz efeitos prejudiciais à saúde mental dos idosos durante e, possivelmente, após esse período.

---

<sup>6</sup> <https://dre.pt/application/conteudo/131228424>

Estudos realizados anteriormente, revelaram que a vivência de períodos de isolamento ou quarenta, como medidas de saúde pública para conter surtos epidêmicos anteriores, como o SARS, MERS e Ébola, tiveram impacto negativo na saúde mental dos indivíduos. (Brooks et al., 2020; Rogers et al., 2020).

De acordo com o relatório final “Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19” (2020), desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em Portugal o distanciamento social, seguido do confinamento da população legitimado pelas medidas restritivas impostas, como é exemplo a declaração do estado de calamidade, a imposição de cercas sanitárias, restrições à circulação de pessoas e a declaração do Estado de Emergência, contribuiu para a incerteza e alarme social por parte dos indivíduos. Ainda de acordo com o mesmo documento, as medidas adotadas trouxeram várias implicações inevitáveis do ponto de vista psicológico, com especial incidência nos grupos mais vulneráveis. Os idosos têm, nesse sentido, especial destaque na pandemia COVID-19 pela sua vulnerabilidade e pelas medidas restritivas, nomeadamente o isolamento e distanciamento social como possíveis desencadeares de desenvolvimento ou agravamento de condições clínicas como, por exemplo, a depressão e a ansiedade, aumentando as preocupações com a saúde mental e o bem-estar dos indivíduos (Monteiro, Figueiredo e Cayana, 2020).

A pandemia COVID-19 é um fenómeno recente e na qual ainda vivemos, no entanto, já existem várias investigações realizadas com vista a verificar o impacto do contexto pandémico na saúde mental e bem estar dos indivíduos. Vários autores (e.g. Bäuerle et al., 2020; Casagrande et al., 2020; Huang e Zhao, 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Pierce et al., 2020; Rossi et al., 2020) evidenciaram que os indicadores de saúde mental e bem estar que foram descritos com maior frequência referem-se ao aumento de sintomatologia de ansiedade e depressão, sofrimento psicológico e perturbações do sono. Apesar dos estudos realizados possuírem metodologias distintas, com níveis de instrumentos e tipos de amostragens diferentes, o que poderá levar a diferenças significativas nas incidências ou prevalências estimadas, os estudos a nível internacional são congruentes em concluir que o contexto pandémico trouxe importantes problemas de saúde mental (Ren et al., 2020; Salari et al., 2020).

De acordo com Han e Mosqueda (2020), apesar do isolamento ser necessário para o controlo de disseminação da COVID-19, poderá causar efeitos significativos para a saúde mental, uma vez que expõe os indivíduos à vulnerabilidade emocional podendo desencadear o aparecimento ou agravamento de patologias psicológicas. Deste modo, a

preocupação com a saúde mental aumenta no decurso da pandemia COVID-19 uma vez que o medo recorrente da situação pandémica tende a intensificar os níveis de stress, ansiedade e depressão em indivíduos saudáveis e a aumentar os sintomas nos indivíduos com perturbações mentais (Ramírez-Ortiz et al., 2020). A ocorrência destes sintomas, segundo Brito<sup>7</sup> (2020), decorre de acontecimentos que trazem mudanças na vida dos indivíduos, obrigando-os a alterar a sua rotina, podendo desencadear sentimentos de raiva, medo, ansiedade, tristeza e depressão, marcados pela insegurança relacionada com o futuro e pelo medo de morrer (Fiorillo e Gaorwood, 2020).

Em razão do desenvolvimento das emoções negativas, verificou-se um aumento significativo de transtornos psicológicos, tornando a população que não possui redes de suporte e de apoio presente, durante e após os períodos de isolamento, mais sujeitas a estes transtornos (Silva et al., 2020).

O diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, afirmou<sup>8</sup>, a 14 de maio de 2020, que o impacto da pandemia na saúde mental das pessoas já é extremamente preocupante, dando enfoque à necessidade de aumentar urgentemente o investimento em serviços de saúde mental para não existir um aumento maciço de condições adversas na saúde dos indivíduos. O diretor afirma ainda que as necessidades de saúde mental devem ser tratadas como um elemento central de resposta e recuperação da pandemia. Também Dévora Kestel<sup>9</sup>, diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, refere que a ampliação e reorganização dos serviços de saúde mental que agora são necessários à escala global se torna numa oportunidade para construir um sistema de saúde mental adequado para o futuro.

Em Portugal, um estudo liderado por Sandra Freitas<sup>10</sup> está a investigar possíveis alterações na sintomatologia depressiva, capacidade funcional, queixas de memória, estado cognitivo e qualidade de vida da população portuguesa, causadas pelo confinamento decorrentes da pandemia COVID-19. Numa primeira análise, a investigadora refere que o período de confinamento favorece significativamente o desenvolvimento de maiores níveis de sintomatologia depressiva e, conseqüentemente, pior qualidade de vida nos portugueses.

---

<sup>7</sup> <https://observador.pt/opiniao/como-o-coronavirus-covid-19-pode-afectar-a-saude-mental-em-portugal/>

<sup>8</sup> <https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

<sup>9</sup> <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/oms-alerta-para-risco-de-aumento-de-transtornos-mentais-12192505.html>

<sup>10</sup> <https://noticias.uc.pt/universo-uc/covid-19-estudo-avalia-o-impacto-do-isolamento-social-no-bem-estar-fisico-e-psicologico-de-adultos-e-idosos/>

O envelhecimento saudável é ainda mais necessário na atualidade, tendo em conta que a população idosa está mais vulnerável às consequências da contaminação pelo coronavírus (Silva et al., 2020).

José Rueff, diretor do Centro de Investigação em Genética Molecular Humana da Universidade Nova de Lisboa<sup>11</sup>, refere numa notícia ao Diário de Notícias (2021), que a esperança média de vida em Portugal vai necessariamente diminuir em consequência da pandemia COVID-19, explicando que esta diminuição decorre do efeito combinado da morte de idosos, mas também de jovens em idade reprodutiva.

Assim sendo, urge conhecer o impacto da pandemia nos idosos, principalmente no que concerne à saúde mental, para se intervir, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para essa população (Costa et al., 2020), uma vez que a saúde mental dos indivíduos está intrinsecamente relacionada com o pleno bem-estar.

Em suma, é certo que todos os que vivenciaram/vivenciam o contexto pandémico provocado pela COVID-19 reconhecem que a pandemia provocou alterações que inevitavelmente afetaram o seu quotidiano, quer por questões físicas, psicológicas, sociais, de saúde ou financeiras. Apesar desta associação ser quase intuitiva, são necessários estudos e evidências empíricas, que comprovem o impacto da pandemia nos indivíduos.

---

<sup>11</sup><https://www.dn.pt/sociedade/diminuicao-da-esperanca-media-de-vida-e-consequencia-inevitavel-da-pandemia-13269822.html>

## CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

---

### 2.1 Justificação do tema

O contexto pandémico vivido em Portugal, a constante incerteza acerca do futuro percecionada pelos indivíduos, o medo de contrair o vírus, o isolamento social decorrente das medidas de restrição adotadas e o estreitamento das redes sociais, trazem implicações na saúde mental, principalmente nos idosos, muito em particular ao nível dos sentimentos que experimentam ao nível da solidão, da sintomatologia depressiva e da sintomatologia ansiosa.

Dada a carência de estudos sobre o tema, ainda atual, importa por isso perceber se, decorrente da pandemia COVID-19, os níveis de solidão e a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva aumentou nos idosos residentes no concelho de Paços de Ferreira, para que se possa atenuar e prevenir atempadamente os efeitos negativos causados pela pandemia e se possam criar estratégias que visem a redução dos casos de ansiedade e depressão e diminuir os sentimentos de solidão, de modo a aumentar o bem-estar da população. Sendo Paços de Ferreira<sup>12</sup> um dos concelhos mais afetados pela COVID 19 no ano de 2020 (com uma taxa de incidência cumulativa a 14 dias de 3698 casos por 1000 mil habitantes, enquanto que a nível nacional este indicador se situava nos 760 casos por 100 mil habitantes) e sendo os idosos a franja populacional mais vulnerável ao vírus, torna-se pertinente verificar este impacto.

De forma a perceber se a pandemia aumentou ou não os níveis de solidão e a sintomatologia depressiva e ansiosa, realizamos o presente estudo, tendo em conta os objetivos que de seguida iremos explicar.

#### 2.1.1 Objetivos

O objetivo principal do estudo passa por avaliar se, no decurso da pandemia provocada pela COVID-19, houve um aumento dos níveis de solidão, de sintomatologia depressiva e ansiosa nos idosos do concelho de Paços de Ferreira.

---

<sup>12</sup> <https://www.dn.pt/pais/nove-concelhos-sem-casos-em-14-dias-pacos-de-ferreira-e-lousada-sao-os-que-tem-maior-incidencia-13041870.html>  
<https://www.sabado.pt/ciencia---saude/detalhe/covid-19-casos-subiram-76-em-pacos-de-ferreira-242-em-felgueiras-e-392-em-lousada>

São objetivos deste estudo:

1. Verificar as possíveis alterações ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa e o sentimento subjetivo de solidão dos idosos antes e durante o período pandémico.
2. Verificar as possíveis alterações ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa e do sentimento subjetivo de solidão dos idosos durante o período pandémico, em função das variáveis sociodemográficas.

## **2.2 Considerações Metodológicas**

Atendendo aos objetivos do presente estudo, a metodologia que melhor se adequa é o método quantitativo. Os métodos de pesquisa quantitativos, de modo geral, são utilizados quando se quer medir opiniões, reações, sensações, hábitos e atitudes etc., de um universo (público-alvo) através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada.

De acordo com Fortin (1999), o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

Para além de quantitativo, o estudo é de natureza transversal na medida em que a recolha dos dados foi realizada num único momento, focando-se num único grupo, não existindo qualquer período de seguimento dos indivíduos inquiridos (Ribeiro, 1999).

Em suma, o presente estudo é um estudo quantitativo e transversal, cujos procedimentos a executar para recolher a informação junto da população idosa serão descritos de seguida.

### **2.2.1 População e amostra**

O presente estudo, realizado no concelho de Paços de Ferreira, conta com uma amostra constituída por 79 indivíduos utilizadores dos serviços de centro de dia. Os participantes (18 do sexo masculino e 61 do sexo feminino), residentes no concelho de Paços de Ferreira, têm idades compreendidas entre os 65 e 98 anos, inclusive.

Relativamente ao seu estado civil, a amostra compreende 11 indivíduos solteiros, 14 casados, 47 viúvos e 7 divorciados. No que concerne à escolaridade o nível é maioritariamente baixo, sendo que 17 indivíduos não sabem ler nem escrever, 26 indivíduos sabem ler e escrever sem ter completado o 1º ciclo do ensino básico, 31 indivíduos têm o 1º ciclo completo, 3 indivíduos têm o 2º ciclo do ensino básico e 1 indivíduo tem o 3º ciclo do ensino básico.

Para a elaboração do estudo que aqui se apresenta, recorreu-se a uma amostra por conveniência que consiste em usarmos grupos intactos já constituídos, sendo que os resultados deste estudo não podem ser generalizados para além do grupo em estudo” (Schutt, 1999,).

Já a tipologia de amostragem não probabilística é quando “não podemos especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma dada população” (Coutinho, 2014, p. 95).

Para a constituição de uma amostra não probabilística por conveniência, foram considerados como critérios de inclusão os participantes terem idade igual ou superior a 65 anos, residirem em Paços de Ferreira e não apresentarem comprometimento cognitivo.

Como critérios de exclusão, foram considerados os participantes com idade inferior a 65 anos, não residentes em Paços de Ferreira e aqueles que apresentaram dificuldades cognitivas observáveis.

Na recolha de dados foi utilizado um inquérito por questionário (Anexo 1), aplicado individualmente a 79 indivíduos, por administração indireta (Quivy & Campenhoudt, 2013), por outras palavras, o próprio inquiridor completa o mesmo a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido.

De modo a constituir a amostra, a aplicação do questionário decorreu em todos os centros de dia do concelho, uma vez que dada a situação pandémica e a restrição do contacto pessoal de abordagem no terreno, tornou-se difícil inquirir e aplicar os questionários noutros locais, nomeadamente na rua.

A escolha do contexto onde foi realizada a investigação está estritamente relacionada com a proximidade geográfica da investigadora e a proximidade das instituições ao local de trabalho da mesma, facilitando deste modo a deslocação aos locais.

Não sendo aplicado nenhum teste para avaliação do estado mental dos idosos, identificando-se esta como uma limitação do estudo, recorreu-se aos profissionais de cada

IPSS (assistentes sociais e educadores sociais), de forma a identificarem os idosos capazes de responder ao inquérito.

Todas as entidades, onde foram aplicados os questionários, foram previamente informadas acerca do objetivo do estudo e foram apresentados documentos comprovativos da sua concretização.

Os aspetos éticos basilares foram respeitados e garantidos; a cada participante foi explicado o objetivo do presente estudo, a participação voluntária e a opção livre de não participar, garantindo ainda a confidencialidade dos dados recolhidos e anonimização das respostas. Todos os idosos que participaram no estudo, assinaram o consentimento informado, em duplicado, ficando um consentimento na sua posse e outro na posse do inquiridor (ver anexo 1). Os idosos que não sabiam assinar, realizaram a assinatura a rogo.

Por questões relacionadas com a pandemia COVID-19, nomeadamente a realização de teste para a deteção da doença, o inquérito foi aplicado, em algumas instituições onde a entrada da investigadora não foi permitida, pelas Diretoras Técnicas das mesmas, a quem foram explicados os objetivos e o modo de aplicação do mesmo.

A aplicação dos inquéritos realizou-se no período entre abril e maio de 2021, em todos os centros de dia do concelho de Paços de Ferreira, ao seguinte número de idosos:

- Centro de Dia de Seroa – Paços 2000: 4 idosos;
- Centro Social de Raimonda: 15 idosos;
- Centro Social de Figueiró: 11 idosos;
- Centro Social de Carvalhosa: 8 idosos;
- Centro Social de Penamaior: 5 idosos;
- Centro Social de Freamunde: 10 idosos;
- Centro Social de Arreigada: 6 idosos;
- Centro Social de Ferreira: 10 idosos;
- Centro Social de Frazão: 7 idosos;
- Centro Social de Sanfins: 3 idosos;

Apesar de Paços de Ferreira ter sido um dos concelhos mais afetados pelo vírus, a população residente não é muito envelhecida, uma vez que é dos concelhos mais jovens do país<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> <https://www.publico.pt/2020/11/19/sociedade/noticia/covid19-concelhos-maior-incidencia-sao-jovens-pais-1939757>

Paços de Ferreira possui uma área de 71km e residiam, em 2020, no território 56 638 pessoas, dos quais 8 549 são idosos, conforme a tabela que de seguida se apresenta (tabela 2).

Tabela 2: População residente: total e por grandes grupos etários

		Indivíduo			
		Grandes grupos etários			
Territórios	Total	0-14	15-64	65 ou mais	
Anos	2020	2020	2020	2020	
Paços de Ferreira	56.638	7.805	40.285	8.549	

Fonte: PORDATA<sup>14</sup>

O concelho conhecido como “Capital do Móvel” possui, no geral, baixos níveis de qualificação da população, sendo esta uma dificuldade com forte expressão nos “territórios industriais com forte desqualificação”. A escolaridade obrigatória passou a ser o ensino secundário em 2012/2013 tendo, por isso, aumentado os níveis de formação nos mais novos. No entanto, apesar das dinâmicas positivas ao longo dos últimos anos em matéria de educação e formação, as dificuldades persistem, o que inevitavelmente fragiliza os níveis de coesão social, sendo um dos principais problemas sociais do concelho. Importa ainda referir que, a taxa de analfabetismo do concelho de Paços de Ferreira tem vindo a diminuir gradualmente, em resultado do maior investimento na educação e formação, nomeadamente na criação de projetos, como é exemplo o projeto piloto, criado em 2021, “Percurso de Cidadania, Alfabetização Solidária e Literacias de Adultos”.

## 2.2.2 Procedimentos de recolha de informação

Em primeira instância, o presente estudo foi apresentado através da Rede Social de Paços de Ferreira (Câmara Municipal de Paços de Ferreira), a todas as Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho. Após apresentação, o estudo recebeu parecer favorável sendo de seguida, estipulado o período de aplicação dos questionários dada a situação pandémica em cada IPSS. Tratando-se de uma população envelhecida,

<sup>14</sup> Website de PORDATA, consultado a 15.06.21

que me desconhece, e à partida receosa da participação neste tipo de investigação, foi pedido a cada Diretora Técnica, dada a proximidade com os idosos, que explicasse a todos os interessados em participar no estudo, os objetivos do mesmo e a garantia de que o mesmo contempla o anonimato das informações.

A Câmara Municipal de Paços de Ferreira e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto, assinaram um protocolo que permite a recolha e divulgação da informação obtida nos inquéritos aplicados, com vista à conclusão do mestrado e posteriori divulgação dos resultados juntos dos parceiros da Rede Social do Município de Paços de Ferreira, com o intuito de construir e elaborar um Plano Estratégico para a Terceira Idade que tem com objetivo primordial aumentar a qualidade de vida e conceder elevados níveis de saúde e bem-estar aos idosos residentes no concelho de Paços de Ferreira.

Os instrumentos usados para a recolha de dados, foram um questionário sociodemográfico constituído por 4 variáveis e aplicação de 3 escalas de avaliação gerontológica que passaremos de seguida a explicar. Importa, ainda, referir que cada escala foi duplamente aplicada, tendo em conta como se sentiam antes da pandemia COVID-19 e como se sentiam atualmente (no momento da administração do instrumento).

As variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica da amostra são as que dizem respeito à idade, ao sexo, à escolaridade e ao estado civil.

A opção pelos instrumentos utilizados no presente estudo deve-se ao facto de estes responderem aos objetivos do estudo anteriormente delineados e sobretudo, por já terem sido aplicados em vários estudos realizados em Portugal. Portanto, para avaliação da solidão foi usada a Escala de Solidão da UCLA; para avaliação da depressão, foi usada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-4) e para avaliação da ansiedade, foi usada a Escala Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (GAI-SF), que de seguida passaremos a descrever.

#### 2.2.2.1 Escala de Solidão da UCLA

Com vista a avaliar a perceção do inquirido acerca dos sentimentos de solidão que vivencia, recorreu-se à utilização da Escala de Solidão da UCLA (University of California at Los Angeles) Loneliness Scale (ULS-6) (Neto, 2014).

A escala utilizada, trata-se de uma versão resumida da escala original Revised UCLA Loneliness Scale de Russel, Peplau e Cutrona (1980, citado em Neto, 1989) e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989), uma vez que se mostra interessante para o estudo deste problema psicossocial com relevância elevada. Apesar de curta, a escala apresenta uma correta avaliação da solidão.

Cada participante responde de acordo com a intensidade do que é sentido a 6 itens com 4 possibilidades de resposta (nunca; raramente, algumas vezes; muitas vezes) avaliados numa escala Likert de quatro pontos (Neto, 1989). A cada resposta é dada uma cotação entre 1 e 4 valores, correspondendo “nunca” a 1 valor, “raramente” a 2 valores, “algumas vezes” a 3 valores e “muitas vezes” a 4 valores, à exceção da questão “sinto que faço parte de um grupo de amigos”, cuja cotação é aplicada de forma invertida, ou seja, 1 valor para cada resposta “muitas vezes”, 2 valores para “algumas vezes”, 3 valores para “raramente” e 4 valores para “nunca”.

Tabela 3: UCLA Loneliness Scale (ULS-6).

*UCLA Loneliness Scale (ULS-6)*

<i>Sinto falta de camaradagem</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sinto que faço parte de um grupo de amigos</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sinto-me excluído(a)</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sinto-me isolado(a) dos outros</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>Sou infeliz por ser tão retraído(a)</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes
<i>As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo</i>	Nunca/Raramente/Algumas vezes/Muitas vezes

De acordo com Neto (1989), a pontuação da escala situa-se entre os 6 e os 24 pontos, sendo que quanto maior o *score* obtido/pontuação final, maior o nível de solidão. O autor (2014) refere ainda que a Escala de Solidão da UCLA, apresenta valores altos de consistência interna. Embora seja uma escala relativamente curta e de fácil aplicação, é válida e fidedigna para conhecermos os níveis de solidão dos indivíduos, uma vez que o inquirido não é questionado, de forma direta, se sente solidão.

### 2.2.2.2 Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Para avaliar a presença de sintomatologia depressiva foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15 Geriatric Depression Scale) de Yesavage e colaboradores (1983), que foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Barreto e colaboradores (2003). É uma escala utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso (Germi, 2012). Além disso, elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais decorrentes da velhice (Ballesteros, 1992 citado em Fernandes, 2000).

É uma escala de versão curta, constituída por 15 itens, com questões acerca dos comportamentos e sentimentos percebidos na última semana, de fácil compreensão e resposta dicotómica (Sim ou Não), sendo que as respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto (Germi, 2012). Deste modo, para efeitos de cotação, atribui-se um ponto quando o inquirido responde “sim” às questões 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 e 15 e quando responde “não” às questões 1, 5, 7, 11 e 13.

Como ponto de corte foi utilizado o valor 5 (Cavaleiro et al., 2013), estabelecendo, desta forma, uma divisão entre os indivíduos que apresentam ou não sintomatologia depressiva, correspondendo a três categorias mediante a pontuação obtida: 0-5 sem depressão; 6-10 depressão ligeira; 11-15 depressão grave (Germi, 2012).

Tabela 4: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

#### *Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)*

<i>Está satisfeito com a sua vida?</i>	Sim/Não
<i>Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?</i>	Sim/Não
<i>Sente a sua vida vazia?</i>	Sim/Não
<i>Fica muitas vezes aborrecido(a)?</i>	Sim/Não
<i>Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?</i>	Sim/Não
<i>Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?</i>	Sim/Não
<i>Sente-se feliz a maior parte do tempo?</i>	Sim/Não
<i>Sente-se muitas vezes desamparado(a)?</i>	Sim/Não
<i>Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?</i>	Sim/Não
<i>Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?</i>	Sim/Não
<i>Pensa que é muito bom estar vivo?</i>	Sim/Não
<i>Sente-se inútil?</i>	Sim/Não
<i>Sente-se cheio(a) de energia?</i>	Sim/Não
<i>Sente que para si não há esperança?</i>	Sim/Não
<i>Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o senhor(a)?</i>	Sim/Não

Apesar de ser útil para avaliar a sintomatologia depressiva e reduzir os efeitos relacionados ao avanço da doença (e.g., Castelo Filho, Neto, Noletto & Lima, 2007), é necessário ter em conta que a aplicação da escala não é suficiente para se diagnosticar o quadro depressivo do idoso, uma vez que são necessárias mais avaliações realizadas por outros profissionais de saúde, nomeadamente, por profissionais de saúde mental.

### 2.2.2.3 Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (GAI-SF)

Para avaliar a presença de sintomas de ansiedade na população idosa, recorreu-se à utilização do GAI-SF – Geriatric Anxiety Inventory – Short Form (Byrne e Pachana, 2011), uma escala que permite identificar a sintomatologia ansiosa nos idosos (Pachana, et al., 2007).

O GAI-SF é composto por 5 itens, de resposta dicotómica (Sim ou Não), atribuindo 1 valor a cada resposta “sim” e o ponto de corte  $\geq 3$ . A sua pontuação situa-se entre os 0 e os 5 valores, sendo que um score de  $\geq 3$  indica relevância sintomatológica de ansiedade.

Tabela 5: Geriatric Anxiety Inventory – Short Form

#### *Geriatric Anxiety Inventory – Short Form*

<i>Anda preocupado a maior parte do tempo?</i>	Sim/Não
<i>Aflige-se muito com coisas sem importância?</i>	Sim/Não
<i>Pensa que é uma pessoa nervosa?</i>	Sim/Não
<i>Considera-se uma pessoa preocupada?</i>	Sim/Não
<i>Muitas vezes os seus próprios pensamentos deixam-no ansioso?</i>	Sim/Não

O GAI-SF, embora de fácil e rápida aplicação, revela-se importante no levantamento de hipóteses relativamente à sintomatologia ansiosa, sendo considerado um instrumento indicado para o uso em estudos epidemiológicos, cuidados primários e ambientes médico-geriátricos.

## 2.3 Análise e tratamento de dados

O questionário foi aplicado individualmente, em diferentes locais dentro de cada IPSS: em salas particulares para reuniões, no gabinete de enfermagem e ainda no espaço exterior de algumas instituições, mediante local de interesse do inquirido.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Para a realização da análise descritiva foram utilizados diversos parâmetros para a distribuição das variáveis, nomeadamente a frequência, percentagem, média e desvio-padrão.

Para a realização da análise inferencial e foi tido em consideração o cumprimento dos critérios necessários para a realização de testes paramétricos e, após realizado o teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov, cuja Hipótese Nula ( $H_0$ ) é que os dados estão normalmente distribuídos, e dado que o resultado do pvalue foi  $p < 0,05$  para as variáveis em estudo, rejeitamos a Hipótese Nula ( $H_0$ ) e assumimos que a amostra não segue uma distribuição normal. Nesse sentido, foram utilizados testes não-paramétricos.

Para comparar a Ansiedade Geriátrica (GAIS-SF), a Depressão Geriátrica (GDS) e a Solidão (UCLA), entre o **momento anterior à Pandemia** e o **momento atual** foi aplicado o teste Wilcoxon para uma mediana populacional que é o teste não-paramétrico utilizado quando se pretende comparar a medida de tendência central da população em estudo com um determinado valor teórico (Marôco, 2014).

Para comparar a Ansiedade Geriátrica (medida pelo GAI-SF), a Depressão Geriátrica (medida pela GDS) e a Solidão (medida pela UCLA), em função do sexo e da escolaridade foi aplicado o teste de Mann-Withney que é o teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes (Marôco, 2014).

Para comparar a Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), a Depressão Geriátrica (GDS) e a Solidão (UCLA), em função do estado civil foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que é o teste não-paramétrico apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis ordinais (pelo menos) observadas em duas ou mais amostras independentes (Marôco, 2014).

Para correlacionar as variáveis quantitativas em estudo foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman que é uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis (pelo menos) ordinais. Este coeficiente é obtido através da substituição dos

valores das observações pelas respectivas ordens. As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis (Marôco, 2014).

Perante a nossa amostra e estudo, realizou-se o cálculo do coeficiente do instrumento Escala de Solidão da UCLA que apresentou, segundo a literatura, uma fiabilidade muito boa como iremos explicar de seguida.

Tabela 6. *Coeficiente do Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )*

		Nr. Itens	Alpha de Cronbach
ANTES	Escala de Solidão da UCLA	6	0,829
ATUAL	Escala de Solidão da UCLA	6	0,817

Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ).

Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Consistência Interna
1,00 - 0,90	Muito boa
0,80 - 0,90	Boa
0,70 - 0,80	Razoável
0,60 - 0,70	Fraca
$\leq 0,60$	Inadmissível

Fonte: Pestana & Gageiro (2008)

A determinação da fidelidade foi verificada utilizando o método de consistência interna. O Alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70 sugerido por Pestana e Gageiro (2008), que nos indicam fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, o que nos permite um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo.

A consistência Escala de Solidão da UCLA no momento “antes de Pandemia” e no “momento atual” foi boa, dado que o seu Alfa de Cronbach encontra-se acima do 0,80.

Na Escala de Solidão da UCLA no momento “antes de Pandemia” ( $\alpha=0,829$ ), e na Escala de Solidão da UCLA no “momento atual” ( $\alpha=0,817$ ), estes valores de alfa apresentam igualmente uma boa consistência interna.

## CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 3.1 Apresentação dos resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados apurados nesta investigação e discutidos os resultados obtidos, através de estatística descritiva e inferencial.

Tabela 7. *Frequência do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-SF); da Escala de Depressão Geriátrica (GDS); e da Escala de Solidão da UCLA, em cada momento (momento anterior à Pandemia) e (momento atual)*

		n	Mín	Máx	Média	dp	Limites
ANTES	Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	79	0	5	2,4	1,7	0-5
ATUAL	Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	79	0	5	3,5	1,5	0-5
ANTES	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	79	0	12	4,1	3,2	0-15
ATUAL	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	79	0	12	5,0	3,4	0-15
ANTES	Escala de Solidão da UCLA	79	6	24	9,7	4,2	6-24
ATUAL	Escala de Solidão da UCLA	79	6	23	10,6	4,4	6-24

Da frequência do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-SF); da Escala Depressão Geriátrica (GDS); e da Escala de Solidão da UCLA, em cada momento (momento anterior à Pandemia) e (momento atual) (Tabela 7), podemos observar o seguinte:

#### No momento (anterior à Pandemia):

- o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI-SF) apresentou um mínimo de 0, máximo de 5, média 2,4 e desvio-padrão 1,7;
- a Escala Depressão Geriátrica (GDS) apresentou um mínimo de 0, máximo de 12, média 4,1 e desvio-padrão 3,2;
- a Escala de Solidão da UCLA apresentou um mínimo de 6, máximo de 24, média 9,7 e desvio-padrão 4,2.

#### No momento (atual):

- o Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF) apresentou um mínimo de 0, máximo de 5, média 3,5 e desvio-padrão 1,5;
- a Escala Depressão Geriátrica (GDS) apresentou um mínimo de 0, máximo de 12, média 5,0 e desvio-padrão 3,4;
- a Escala de Solidão da UCLA apresentou um mínimo de 6, máximo de 23, média 10,6 e desvio-padrão 4,4.

Tabela 8. *Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre o Momento anterior à Pandemia e o Momento atual*

	Valor Diminuiu		Valor Aumentou		Valor Manteve		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	9	11%	45	57%	25	32%	79	100%	<b>0,000</b>
Escala Depressão Geriátrica (GDS)	21	27%	35	44%	23	29%	79	100%	<b>0,012</b>
Escala de Solidão da UCLA	17	22%	31	39%	31	39%	79	100%	<b>0,042</b>

(p=Teste de Wilcoxon)

Da comparação da Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), da Depressão Geriátrica (GDS) e da Solidão (UCLA), entre o Momento anterior à Pandemia e o Momento atual (Tabela 8) os resultados indicam diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente:

- na Ansiedade Geriátrica (GAI-SF) ( $p=0,000$ ), cujo valor aumentou em 45 (57%) dos participantes no momento atual, face ao momento anterior à Pandemia;
- na Depressão Geriátrica (GDS) ( $p=0,012$ ), cujo valor aumentou em 35 (44%) dos participantes no momento atual, face ao momento anterior à Pandemia;
- na Solidão (UCLA) ( $p=0,042$ ), cujo valor aumentou em 31 (39%) dos participantes no momento atual, face ao momento anterior à Pandemia.

Tabela 9. *Frequência das categorias do Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF); e das categorias da Escala Depressão Geriátrica (GDS); em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual)*

	Momento			
	(ANTES da Pandemia)		Momento (ATUAL)	
	n	%	n	%
<b>Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)</b>				
Sem Sintomatologia de Ansiedade	41	51,9	19	24,1
Com Sintomatologia de Ansiedade	38	48,1	60	75,9
<i>Total</i>	79	100,0	79	100,0
<b>Escala Depressão Geriátrica (GDS)</b>				
Sem sintomatologia depressiva	56	70,9	44	55,7
Com sintomatologia depressiva ligeira	20	25,3	28	35,4
Com sintomatologia depressiva grave	3	3,8	7	8,9
<i>Total</i>	79	100,0	79	100,0

Relativamente ao Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), no momento (anterior à Pandemia) aproximadamente metade dos participantes tinha Sintomatologia de Ansiedade n=38 (48,1% dos participantes) e no momento atual n=60 (75,9% dos participantes); o que nos indica um aumento de n=22 (27,8%).

Já no que concerne à Escala Depressão Geriátrica (GDS), no momento anterior à Pandemia a maioria dos participantes não tinha sintomatologia depressiva (n=56; 70,9%) e no momento atual apenas 55,7% (n=44) não apresenta sintomatologia depressiva, o que nos indica que houve um aumento de participantes que desenvolveram sintomatologia depressiva (n=12; 15,2%); nomeadamente com sintomatologia ligeira (n=8; 10,1%) e com sintomatologia grave (n=4; 5,1%).

Tabela 10. *Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre o Estado Civil, em cada momento (anterior à Pandemia e momento atual)*

		Solteiro (n=11)		Casado (n=14)		Viúvo (n=47)		Divorciado (n=7)		<i>p</i>
		média	dp	média	dp	média	dp	média	dp	
ANTES	Inv. Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	2,5	1,4	2,2	1,7	2,3	1,7	3,0	1,6	0,769
ATUAL	Inv Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	3,7	1,6	3,1	1,5	3,4	1,5	4,1	0,7	0,467
ANTES	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	4,1	2,8	4,1	3,5	4,0	3,3	4,4	3,2	0,984
ATUAL	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	5,3	3,0	5,5	4,3	4,7	3,3	5,6	3,1	0,850
ANTES	Escala de Solidão da UCLA	7,9	1,8	11,0	5,8	9,3	3,5	13,3	6,0	0,150
ATUAL	Escala de Solidão da UCLA	8,6	2,5	10,4	4,7	10,4	4,5	15,1	2,0	<b>0,014</b>

(*p*=Teste Kruskal-Wallis)

Da comparação da Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), da Depressão Geriátrica (GDS) e da Solidão (UCLA), entre o Estado Civil, em cada momento (anterior à Pandemia e momento atual) (Tabela 10), os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa, nomeadamente:

- na Solidão (UCLA) no (momento atual) ( $p=0,014$ ), cujo valor médio foi superior nos participantes divorciados (média=15,1), seguindo-se os participantes Casados (média=10,4), os participantes Viúvos (média=10,4), e por último os participantes solteiros (média=8,6).

Tabela 11. *Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre a Escolaridade, em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual)*

		Não sabe ler nem escrever		(1° ao 4° ano) Ens. Básico		dif.	p
		(n=17)		(n=57)			
		média	dp	média	dp		
ANTES	Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	2,88	1,80	2,19	1,63	0,69	0,127
ATUAL	Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	3,71	1,26	3,37	1,52	0,34	0,471
ANTES	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	5,53	3,26	3,54	2,95	1,99	<b>0,025</b>
ATUAL	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	6,18	3,30	4,60	3,40	1,58	0,088
ANTES	Escala de Solidão da UCLA	9,53	4,78	9,86	4,19	-0,33	0,550
ATUAL	Escala de Solidão da UCLA	10,82	4,32	10,47	4,39	0,35	0,740

(p=Teste Mann-Whitney)

Da comparação da Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), da Depressão Geriátrica (GDS) e da Solidão (UCLA), entre a Escolaridade, em cada momento (anterior à Pandemia e momento atual) (tabela 11), existe uma diferença estatisticamente significativa no momento anterior à Pandemia na Escala Depressão Geriátrica (GDS) (p=0,025), cuja média do grau de depressão foi superior nos participantes que não sabiam ler nem escrever.

Tabela 12. *Coefficiente de correlação de Spearman entre a idade, a Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), a Depressão Geriátrica (GDS) e a Solidão (UCLA), em cada momento (anterior à Pandemia) e (momento atual)*

		Idade
ANTES	Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	-0,014
ATUAL	Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	0,031
ANTES	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	-0,095
ATUAL	Escala Depressão Geriátrica (GDS)	-0,012
ANTES	Escala de Solidão da UCLA	<b>-,289**</b>
ATUAL	Escala de Solidão da UCLA	-0,173

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Da correlação entre a idade, a Ansiedade Geriátrica (GAI-SF), a Depressão Geriátrica (GDS) e a Solidão (UCLA), em cada momento (anterior à Pandemia e momento atual) (Tabela 12) existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e a Escala de Solidão da UCLA (r= -,289; p=,01) no momento anterior à

Pandemia, o que sugere que os participantes mais velhos apresentaram valores inferiores relativamente ao grau de solidão.

Tabela 13. *Comparação da Ansiedade Geriátrica, da Depressão Geriátrica e da Solidão, entre o sexo, em cada momento (anterior à Pandemia e momento atual)*

	Masculino		Feminino		dif.	<i>p</i>
	(n=18)		(n=61)			
	média	dp	média	dp		
ANTES Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	2,28	2,50	2,43	2,00	0,15	0,779
ATUAL Inventário Ansiedade Geriátrica (GAI-SF)	3,17	3,00	3,54	4,00	0,37	0,218
ANTES Escala Depressão Geriátrica (GDS)	3,33	2,50	4,26	4,00	0,93	0,241
ATUAL Escala Depressão Geriátrica (GDS)	4,39	5,00	5,18	4,00	0,79	0,369
ANTES Escala de Solidão da UCLA	9,94	8,50	9,69	8,00	-0,26	0,878
ATUAL Escala de Solidão da UCLA	11,61	12,00	10,28	9,00	-1,33	0,227

(*p*=Teste Mann-Whitney)

Da comparação da Ansiedade Geriátrica (GAIS-SF), da Depressão Geriátrica (GDS) e da Solidão (UCLA), entre os sexos, em cada momento (anterior à Pandemia e momento atual), não existem diferenças estatisticamente significativas.

### 3.2 Discussão dos resultados

Os dados obtidos sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas no momento anterior à pandemia e no momento atual, no que diz respeito à sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e solidão. Decorrente da pandemia COVID-19, os valores do inventário de ansiedade geriátrica (GAI-SF) aumentaram em 45 participantes (57%), da escala de depressão geriátrica (GDS) em 35 participantes (44%) e da escala de solidão da UCLA em 31 dos participantes (39%).

Estudos preliminares sobre a COVID-19 vão ao encontro dos resultados descritos anteriormente. Nomeadamente na China, um estudo realizado com adultos, mais de metade dos participantes considerou o impacto psicológico da COVID-19 como moderado a grave (Wang et al., 2020). Um estudo realizado na Dinamarca, comparou dados pré-pandémicos e pandémicos, cujos resultados demonstraram um impacto negativo da pandemia no bem estar da população (Sonderskov et al, 2020).

A primeira revisão da literatura e meta-análise centrada na prevalência do stress, ansiedade e depressão na população, no decorrer da pandemia COVID-19, concluiu que a sua prevalência é de 29,6% no stress, 31,9% na ansiedade e 33,7% na depressão.

Os dados corroboram alguns dos obtidos em estudos já realizados. Silva, Viana e Lima (2020), no seu artigo sobre o impacto na saúde mental no idoso, durante a pandemia COVID-19, concluíram que um dos impactos da COVID-19, mais concretamente do isolamento social em virtude das medidas de restrição, tendem a despertar sentimentos como solidão, ansiedade, depressão e stress.

No âmbito do estudo realizado por Lingeswaran (2020) sobre o impacto das medidas de restrição para combater a propagação do vírus, demonstraram o aumento dos níveis de stress e de ansiedade. Banerjee (2020), refere ainda que estas medidas se apresentam como grandes fatores de risco à saúde na medida em que afetam psicologicamente a vida da população, contribuindo para a incerteza, pânico e potencial desenvolvimento de transtornos mentais. Yang et al. (2020), mencionam que os níveis de solidão foram exacerbados como consequência das medidas preventivas adotadas na pandemia COVID-19.

Monteiro, Figueiredo e Cayana (2021) analisaram diversos estudos relativamente à pandemia COVID-19, concluindo que os idosos são mais vulneráveis às práticas de suicídio, à depressão e à ansiedade, tendo as medidas de restrição adotadas um impacto considerável na saúde mental dos idosos, havendo por isso correlação entre as medidas de restrição e o aumento de doenças mentais.

Ornell et al. (2020, citando Shigemura et al.,2020), reforçam ainda a ideia que numa pandemia, o medo aumenta os níveis de ansiedade e stress em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos pré-existent.

Na senda do exposto, os resultados obtidos no estudo são disso exemplo. No momento “antes da pandemia”, dos 79 indivíduos inquiridos, 41 participantes não apresentavam relevância sintomatológica de ansiedade (51,9%) e 38 participantes apresentavam relevância sintomatológica de ansiedade (48,1%). No “momento atual”, 19 participantes não apresentavam relevância sintomatológica de ansiedade (24,1%) e 60 participantes apresentavam relevância sintomatológica de ansiedade (75,9). Ora, os resultados vão ao encontro do que foi escrito anteriormente, uma vez que a sintomatologia de ansiedade aumentou em 22 participantes (27,8%).

Por sua vez, também houve um aumento do número de idosos com sintomatologia depressiva, sendo que no momento “antes da pandemia” 56 participantes apresentavam-

se sem sintomatologia depressiva (70,9%), 20 participantes com sintomatologia depressiva ligeira (25,3%) e 3 participantes com sintomatologia depressiva grave (3,8%). No momento “atual”, 44 participantes não apresentam sintomatologia depressiva (55,7%), 28 participantes apresentam sintomatologia depressiva ligeira e 7 participantes apresentam sintomatologia depressiva grave (8,9%), mercedores de atenção clínica. Os resultados indicam um aumento de 12 participantes que passaram a apresentar sintomatologia depressiva (15,2%), dos quais 8 apresentam sintomatologia depressiva ligeira (10,1%) e 4 apresentam sintomatologia depressiva grave (5,1%).

Face aos resultados obtidos, e segundo Reardon (2015), durante as epidemias e pandemias, o número de pessoas em que a saúde mental é afetada tendencialmente é maior que o número de pessoas afetadas pela infecção/vírus. Da Costa e Mendes (2020), referem que as epidemias/pandemias anteriores, mostraram que as implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência do que a própria epidemia/pandemia.

Um estudo chinês levado a cabo por Shigemura e colaboradores (2020), revelou que metade dos entrevistados classificou o impacto psicológico da pandemia como moderado a grave e cerca de 1/3 apresentou ansiedade moderada a grave. Um estudo realizado por Brooks et al. (2020) com indivíduos que contraíram o vírus (ou com suspeita de infecção), demonstra que estes podem ter reações emocionais e comportamentais como por exemplo, tédio, medo, solidão, ansiedade, como já aconteceu em situações semelhantes no passado.

Estas condições e a presença dos sentimentos que acabamos de referir tendem a evoluir para transtornos, sejam eles depressivos, de ansiedade ou psicóticos (Xiang YT et al., 2020; Maunder et al., 2003).

Podemos por isso concluir que decorrente da pandemia provocada pelo COVID-19, houve um aumento dos níveis de solidão e aumento de sintomatologia depressiva e ansiosa nos idosos inquiridos do concelho de Paços de Ferreira e que existem diferenças nas dimensões em estudo (UCLA; GDS e GAI-SF) em cada momento “anterior à pandemia” e “momento atual”.

Verifica-se, ainda, a existência de diferenças nas dimensões em estudo (UCLA; GDS e GAI-SF) em função das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e estado civil) em cada momento “anterior à pandemia” e “momento atual”.

Em função do estado civil, existe uma diferença estatisticamente significativa no “momento atual” nomeadamente na solidão ( $p=0,014$ ), cuja média foi superior nos

participantes divorciados (média=15,1), seguindo-se os casados (média=10,4), os viúvos (média=10,4) e, por último, os solteiros (média=8,6). Um estudo realizado por Azeredo e Afonso (2016), evidencia que os divorciados e os viúvos são os grupos que mais aludem a sentir muitas vezes solidão. Em contrapartida, o estudo realizado por Barreto (1984), contraria o que foi referido anteriormente, uma vez que demonstra que a desconexão social é mais frequente nas pessoas casadas.

Paúl e Ribeiro (2009) referem que, no que diz respeito aos contactos sociais na vida adulta tardia, os relacionamentos com o cônjuge são primordiais, no entanto, quando ocorre a perda de um relacionamento íntimo, seja pela viuvez ou pelo divórcio, o indivíduo torna-se mais vulnerável à solidão. Neste sentido, algumas investigações têm sugerido que ser divorciado ou separado (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006) e ser viúvo são fatores que potenciam a solidão (Paúl & Ribeiro, 2009).

Em função da escolaridade, embora se verifique que as médias aumentaram no “momento atual” face ao momento “anterior à pandemia” em todos as dimensões avaliadas pela aplicação das escalas, tanto nos idosos que não sabem ler como nos idosos que têm o ensino básico (1<sup>a</sup> ao 4<sup>a</sup> ano), apenas existindo diferença estatisticamente significativa no momento anterior à pandemia na escala de depressão geriátrica ( $p=0,025$ ). Vários autores e estudos vão ao encontro do resultado obtido no presente estudo, como é exemplo o estudo desenvolvido por Heun & Hein (2005), onde se verificou que ter menos de oito anos de escolaridade contribui como fator de risco para desenvolver sintomatologia depressiva e de ansiedade. Neste contexto, Belló e colaboradores (2005) concluíram que os níveis de depressão diminuem com graus de escolaridade mais altos e que níveis de escolaridade baixos estão associados a maiores níveis de depressão e ansiedade (Serrano & Ferrer, 2001; Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006). Um estudo realizado por Verropoulou & Tsimbos (2007), fundamenta que os idosos com baixo nível de escolaridade estão menos preparados para a ocorrência de mudanças e, por conseguinte, não têm tantos mecanismos de defesa perante situações que podem ter implicações na sua vida.

De acordo com o Retrato da Saúde (2018), a educação condiciona fortemente os comportamentos e o estado de saúde, uma vez que tem grande influência no acesso dos indivíduos à informação, de adotar novos conhecimentos e comportamentos saudáveis. O mesmo relatório refere que as pessoas com nível educacional mais elevados têm menor propensão de sofrer doenças crónicas, onde estão incluídos os problemas de saúde mental, como depressão e a ansiedade. São estes indivíduos que também registam prevalências

mais baixas de hipertensão arterial, obesidade e diabetes. Apesar de, em Portugal, o nível educacional ter aumentado nas últimas décadas, ainda nos deparamos com um número significativo de portugueses com baixa escolaridade, que corresponde a uma faixa da população mais envelhecida (Retrato da Saúde, 2018).

Em função da idade, existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e a escala de solidão da UCLA ( $r=-,2989$ ;  $p=,01$ ) no momento “anterior à pandemia”, o que sugere que os participantes mais velhos apresentarem valores inferiores na solidão, ou seja, quanto maior for a idade, menor o grau de solidão.

Estes resultados comprovam algumas investigações que evidenciam dados em que a tendência é a solidão diminuir com a idade, tendo as pessoas mais velhas, níveis mais baixos de solidão (Guttek et al., 1980, citado em Neto, 2000). Um estudo realizado na América do Norte, corroboram com os resultados anteriores, tendo sido verificado que as maiores percentagens de solidão são nos grupos etários mais novos (Neto, 1992).

Em função do sexo, não existem diferenças estatisticamente significativas em cada momento (anterior à pandemia e momento atual), no entanto o sexo feminino obteve valores médios superiores ao sexo masculino, nomeadamente na escala de ansiedade geriátrica (GAI-SF) e na escala de depressão geriátrica (GDS). Estes resultados alinham-se com os resultados do estudo desenvolvido por Gazelle, Hallal & Lima (2004), que revelam que as mulheres demonstram maior frequência de sintomatologia depressiva. Neste sentido, os dados corroboram a maior parte dos autores que estudam a depressão, no sentido de que as mulheres são mais propensas a sofrer de depressão que os homens (Stek et. al., 2004; Verropoulou & Tsimbos, 2007; Lin, et al., 2011). Salari e colaboradores (2020), referem também que a prevalência de stress, ansiedade e depressão, no decorrer da pandemia COVID-19, é significativamente maior para as mulheres.

Em suma, podemos concluir que a pandemia COVID-19, teve um impacto consideravelmente na saúde mental dos idosos do concelho de Paços de Ferreira, no entanto, são necessários mais estudos acerca dos efeitos da pandemia na saúde mental nos idosos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A problemática do envelhecimento populacional que se tem vindo a assistir nos últimos anos, alerta-nos para a necessidade de encarar a população idosa como um dos setores alvo de qualquer estratégia de intervenção. Na verdade, o envelhecimento da população exige um esforço, cada vez mais apurado de investimento em áreas tão importantes como a saúde, perspetivando a este grupo social níveis superiores de qualidade de vida.

Dada a complexidade deste ciclo de vida e o aumento da população idosa (Simões, 2006), torna-se cada vez mais pertinente intervir e estudar este fenómeno, justificando, assim, trazer à colação a problemática do envelhecimento de maneira a (re)conhecer as diferentes possibilidades de intervenção e antecipar a adoção de medidas que proporcionem aos idosos uma vida com mais qualidade.

A melhoria das condições de vida, em sentido lato, e o acesso aos cuidados de saúde ao longo destes anos permitiram maior longevidade a um número cada vez maior de portugueses. Por isso, a questão que hoje se coloca já não é tanto quantos anos se pode esperar viver, mas antes quantos anos poderemos viver sem problemas de saúde moderados ou graves, uma vez que esses anos podem significar maior procura de cuidados de saúde e aumento de doenças crónicas, como nos sugere Moreira (2020).

Deste modo, a saúde mental ocupa um papel central na saúde geral e na qualidade de vida das pessoas (Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010), em geral e da população idosa, em particular. Por conseguinte, a saúde mental parece ter-se agudizado devido à situação do país em relação ao surto de COVID-19, pois tendo em atenção as recomendações da Direção Geral da Saúde para atenuar o risco de transmissão o país foi sujeito a um confinamento, a partir de março de 2020, provocando, profundas alterações aos estilos de vida e rotinas individuais. Face a esta contingência, a nível mundial, a pandemia provocou alterações no estilo de vida, com grande impacto na saúde mental.

Neste registo, de acordo com este novo paradigma que compreende a exigência de adaptação a novos modos de vida, a incerteza perante o futuro, podem conduzir a frequentes sentimentos de ansiedade e angústia com risco para a saúde mental de cada um. Apesar de, numa primeira fase, a pandemia ser considerada uma crise de saúde física e social, se não forem implementadas, em tempo útil, medidas de saúde mental e bem estar, poder-se-á assistir a uma crise de saúde nesse campo (INSA, 2020).

Aliás, face ao que foi dito, há já uma evidência sólida, a nível internacional, em como a pandemia COVID-19, está a ter um impacto significativo na saúde mental e no bem estar da população, conduzindo a estados de ansiedade, depressão, entre outras perturbações da saúde mental (Bo et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Lai et al., 2020; Mazza et al., 2020; Wang et al., 2020 citado por INSA, 2020). Tendo em conta a importância da saúde mental positiva para o bem-estar, esta dimensão da vida das pessoas deve ser considerada prioritária na definição de planos estratégicos de resposta à pandemia.

Assim, considerando a importância da saúde em geral e da saúde mental, em particular, partimos para esta investigação com o propósito de aferir a sua qualidade na população idosa do Município de Paços de Ferreira. Fizemo-lo num momento histórico em que a sociedade se reclama globalizada e a sua constante evolução exige que se entendam as suas possibilidades num tempo em que a pandemia assolou Portugal e o mundo e à qual ninguém escapou imune.

Fizemo-lo, igualmente, com a preocupação de se aferir a importância da saúde mental e questionando-nos acerca das necessidades que, eventualmente possam ter advindo das circunstâncias sociais, por forma a se poderem antecipar ações de melhoria e/ou ações capazes de mitigar as dificuldades sentidas por este segmento da população.

Ora, os resultados do presente estudo revelaram um aumento significativo dos níveis de ansiedade, depressão e solidão nos idosos do concelho de Paços de Ferreira, indicando ainda um aumento da sintomatologia de ansiedade e depressão, merecedoras de atenção clínica.

Estes resultados, demonstram a necessidade de se planearem intervenções que visem mitigar e/ou esbater os problemas de saúde mental identificados e a adoção de medidas preventivas e promotoras de saúde mental e bem estar psicológico.

Neste quadro, justificar-se-á incidir sobre programas de prevenção e promoção da saúde mental, na comunidade e nas instituições, passando a intervenção pelo desenvolvimento de competências e recursos para o confronto com vulnerabilidades individuais, tendo como objetivo a redução dos riscos de surgimento de problemas ou transtornos mentais.

Neste sentido, e com vista à minimização dos efeitos das consequências da pandemia atual, integrei a equipa multidisciplinar pertencente à Divisão de Ação Social da Câmara Municipal de Paços de Ferreira, com o intuito de desenvolver um Plano Estratégico para a Terceira Idade, reforçando o seu compromisso com a promoção da

qualidade de vida dos mais velhos, onde o envelhecimento venha a conceder elevados níveis de saúde, bem estar e qualidade de vida à população sénior.

São objetivos deste plano:

- Promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das incapacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e a sua respetiva qualidade;
- Promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde;
- Potenciar a participação das pessoas idosas na sociedade, assegurando o envolvimento da pessoa idosa no desenvolvimento harmonioso do concelho de Paços de Ferreira, alicerçado no reconhecimento da sua experiência, conhecimento e maturidade;
- Reduzir o isolamento e a solidão das pessoas idosas, através da promoção de ações com a Rede de Voluntariado, incentivando a participação dos idosos em atividades culturais e desportivas;
- Reduzir o isolamento e a solidão das pessoas idosas, com a promoção do serviço de teleassistência e acompanhamento através da Unidade Móvel de Saúde;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas;
- Incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas;
- Fomentar a investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável.

Este plano baseia-se em medidas focadas na implementação de intervenções nos sistemas de saúde, social e outros, assentes na abordagem intersetorial e multidisciplinar (ver Anexo 3).

A monitorização e avaliação deste Plano será da competência do grupo de trabalho, criado no âmbito da Rede Social Local para trabalhar a problemática dos idosos.

Anualmente, o grupo de trabalho elaborará um relatório de avaliação do Plano em apreço, o qual será apresentado e discutido em sede do Conselho Local de Ação Social do Município de Paços de Ferreira. Para a elaboração do relatório serão tidos em conta

os indicadores de avaliação de cada uma das ações, bem como o impacto e os resultados de cada medida na população idosa do concelho.

A pandemia está a criar necessidades ao nível da saúde mental às quais é necessário dar resposta para reduzir o impacto das perturbações mentais e promover a saúde mental.

Face ao exposto, a situação emergente que a pandemia trouxe para a sociedade, implica que sejam direcionadas novas perspetivas políticas no que concerne à saúde mental.

Destaca-se, ainda, a necessidade de se encetarem novas e ou complementares pesquisas e estudos nacionais, que possibilitem um maior aprofundamento e extensão sobre a temática e avaliem o impacto da pandemia COVID-19 nos idosos, para que se criem estratégias para a redução dos casos de ansiedade, depressão e solidão, de modo a proporcionarmos mais e melhor qualidade de vida e saúde mental aos nossos idosos.

Apesar dos objetivos de investigação terem sido cumpridos, o presente estudo contempla várias limitações. Uma vez utilizada a amostragem não probabilística por conveniência, não é possível uma generalização dos resultados obtidos.

De destacar, que dos resultados obtidos não se observam diferenças estatisticamente significativas em algumas variáveis, o que poderá estar relacionado com a amostra reduzida, sendo esta também uma limitação, uma vez que tendo sido realizado numa população pouco numerosa (79 indivíduos), não garante uma evidência sólida de representatividade estatística.

Decorrente da pandemia, não foi possível a realização de um protocolo mais extenso, havendo também, várias dimensões que ficaram por explorar.

A aplicação das escalas, ainda que referente ao momento “antes da pandemia” e no “momento atual”, foi aplicada no mesmo dia, podendo estes resultados serem diferentes se fossem aplicados em dois momentos: antes da pandemia, ou seja, antes de Março de 2020 e atualmente. O facto dos idosos que constituíram a amostra frequentarem o centro de dia, embora presentes apenas para a constituição da amostra, dado que decorrente da situação pandémica era difícil chegar “perto” dos idosos, por serem o grupo mais vulnerável e a quem foi recomendado o isolamento social mais rigoroso, poderá ter tido influência nos resultados.

Em síntese, destaca-se a importância da realização de novos estudos, com amostras mais alargadas e noutros concelhos do país. A importância destes estudos

permitem estudar melhor o impacto da pandemia nos idosos, para que à *posteriori*, se possam adotar medidas que minimizem os impactos negativos da pandemia, de modo a dar mais qualidade de vida aos idosos, principalmente quando nos deparamos com uma sociedade envelhecida.

Para concluir, o planeamento de intervenções futuras para a prevenção da saúde mental nos idosos torna-se fundamental, dada a situação pandémica vivida que trará consequências graves se não intervirmos de forma a mitigar os efeitos negativos provocados pela pandemia na saúde mental e promover o bem estar, numa altura em que o envelhecimento da população assume uma relevância cada vez maior e mais importante na sociedade.

Emerge, ainda, a necessidade de se complementarem respostas sociais, em articulação com profissionais de saúde, interventores sociais e autarquias locais para, em conjunto, se rentabilizarem e unirem sinergias para se intervir junto da população idosa de forma contextualizada e concertada.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Afonso, C. (2015). *A integração do idoso na sociedade – o papel das redes sociais*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Bragança.
- Alexopoulos, G.S., Borson, S., Cuthbert, N., Devanand, D.P., Mulsant, B.H., Olin, J.T. & Oslin, D.W. (2002). Assessment of Late Life Depression. *Society of Biological Psychiatry*, N.52, pp. 164-174.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: Uma introdução in Paúl, Constança e Ribeiro, Óscar (pp. 21-40). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Almeida, T. Heitor, MJ. Santos, O. Costa, A. Virgolino, A. Rasga, C. et al. *Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19 [SM-COVID19]: Relatório final*. Lisboa: INSA, ISAMB, SPPSM: 2020.
- American Psychiatric Association. (2014). *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5*. Lisboa: Climepsi.
- Andreescu, C., Gross, J. J., Lenze, E., Edelman, K. D., Snyder, S., & Aizenstein, H. (2011). Altered Cerebral Blood Flow Patterns Associated with Pathologic Worry in the Elderly. *Depression Anxiety*, 28, 202-209.
- APAV. (2020). *Relatório Portugal Mais Velho*. Lisboa: Speak.
- Azeredo, Z. Afonso, M. (2016). Solidão na perspetiva do idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(2):313-324. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/shGrnPPJKBjYwf3rQCM8skM/?lang=pt>
- Baldwin, D.S. & Hirschfeld, R.M.A. (2003). *Depressão*. Porto: Medisa. Edições e Divulgações Científicas, Lda.
- Ballone, J. (2006). *Causas da Depressão*. Disponível em: <http://psiqweb.net/index.php/depressao-2/causas-da-depressao/>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Banerjee, Debanjan. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International journal of geriatric psychiatry*.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica [Geriatric Depression Scale - GDS]. In Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência (Eds.), *Livro de escalas e testes na demência* (2nd ed., pp. 65-67). Lisboa: Novartis.
- Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences & Social Sciences*, 61(B), 329-339. Acedido em 18, Maio, 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782769/>
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., & 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*.
- Belló, M., Rosas, E., Mora, E. & Lozano R. (2005). Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Pública de México*, 47 (I), 4-11.
- Bernardino, A.R.P. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados: Valorizar o envelhecimento*. Universidade da Beira Interior (Dissertação de Mestrado).
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385 (9968), 649–657. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)
- Brito, M. (2020). Como o coronavírus (Covid 19) pode afetar a saúde mental em Portugal? *Jornal Observador*. <https://observador.pt/opiniao/como-o-coronavirus-covid-19-pode-afectar-a-saude-mental-em-portugal/>
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. (2010). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395:912-20.
- Byrne, G. J., & Pachana, N. A. (2011). Development and validation of a shortform of the Geriatric Anxiety Inventory - the GAI-SF. *International Psychogeriatrics*, vol. 23(1), 125-131.
- Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., Wu, X., & Xiang, Y. T. (2020). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>

- Bowling, A. & Iliffe, S. (2011). *Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. Health and quality of life outcomes*. Biomed Central.
- British Geriatrics Society. (2017). Fit for frailty consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient setting. *Royal College of General Practitioners*;
- Caetano, L. M. (2006). O Idoso e a Atividade Física. *Horizonte: Rev. de Educação Física e desporto*.
- Carvalho, M. & Mota, J. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- 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*.
- Castelo, M. S., Filho, J. M., Neto, J. I., Noletto, J. C., & Lima, J. W. (2007). Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. *Geriatrics e Gerontologia*, 1(1), 28-33.
- Cavaleiro, A., Queirós, P., Azeredo, Z., Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). Perturbações afetivo-emocionais no contexto de cuidados em Cuidados Continuados. *Revista Envelhecimento & Inovação*, 2(1).
- Costa et al. (2020). COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, 6 (7), 49811– 4982. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-580>.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª ed.) Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Coutinho, J. et al. (2020). Compreensão da relação entre a saúde mental do idoso e seu ambiente familiar: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 10559-10572.
- Decreto n.º 2 – A/2020 – Diário da República n.º 57/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-20. (2020). Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/130473161/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 14-A/2020. (2020.) Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/131228424>
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- DGS. (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. LISBOA: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2006) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2017) – *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Duarte, M. (2015). *Fragilidade em Idosos – Modelos, Medidas e Implicações Práticas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- DGS. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *Eur J Ageing*, June (2), pp. 91–100.
- Eurostat (24 de março de 2021). Web site de Eurostat: *População: Indicadores de estrutura*. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJANIND\\_custom\\_662194/bookmark/bar?lang=en&bookmarkId=29b60c11-9632-44de-b215-9253632f33d9](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_662194/bookmark/bar?lang=en&bookmarkId=29b60c11-9632-44de-b215-9253632f33d9)
- Fechine, B. & Trompieri, N. (2012). *O Processo de Envelhecimento: as Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos*. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernández- Ballesteros, R. (2013). *Possibilities and limitations of age*. In A. Oliveira (Coord.), *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges?* (pp. 11-24). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, University Press. Disponível em: [https://www.uc.pt/imprensa\\_uc/catalogo/ebook/E-book\\_Promoting](https://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook/E-book_Promoting)
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente. Cadernos Climepsi de Saúde - 4*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fiorillo, A. Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psych* 2020;63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2012). *Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento*. In C. Paúl e O. Ribeiro (Eds.), *Manual de*

*gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.

- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, lda.
- Gao, Sujuan et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. (2009). *International Journal Geriatric Psychiatry*, Manchester, v. 24, n. 12, p. 1358-1366.
- Garbin, C., Sumida, D., Moimaz, S., Prado, R., & Silva, M. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6), 2941–2948.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C. & Lima, M. S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (3), 145-149.
- Gazalle, F. K.; Lima, M.S ; Tavares, B. F.; Hallal, P. C.. (2004). Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 38, n. 3, p. 365-371.
- Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality & Social Psychology* 53, 119-28.
- Gierveld, J., & Havens., B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal of Aging*, 23, 109–113.
- Gratz, K. et al. (2020). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness explain the associations of covid-19 social and economic consequences to suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 50, p. 270-270.
- Gunnell, D. et al. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 6, p. 468-471.
- Hammerschidt, K. & Santana, R. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. *Cogitar Enfermagem*, 25:e 72849. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf>
- Han, S. Mosqueda, L. (2020). Elder Abuse in the COVID-19 Era. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 68, No. 7. Doi: 10.1111/jgs.16514. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16496>
- Heun, R. & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20 (3), 199–204.
- 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, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Saúde Mental em tempos de pandemia – SM – COVID-19*. Lisboa: INSA.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas 2019*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.
- Kaplan, I. H., Sadock, J. B. & Grebb, A. J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria* (7a ed.), Nova Iorque: Artmed Editora.
- Khezrian, M. Myint, P. McNeil, C. et al. (2017). *A review of frailty syndrome and its physical, cognitive and emotional domains in the Elderly*. Geriatrics. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2308-3417/2/4/36/htm>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lenze, E. J., Karp, J. F., Mulsant, B. H., Blank, S., Shear, M., & Reynolds, C. (2005). Somatic Symptoms in Late-Life Anxiety: Treatment Issues. *Journal Geriatric Psychiatry Neurol*, 18 (2), 89-96.
- Lingeswaran, Anand. (2020). Suicide related risk factors during the COVID-19 pandemic. *Paripex-Indian Journal of Research*, v. 9, n. 8.
- Lin, Pao-Chen & Wang, Hsiu-Hung (2011). Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, 15 (8), 1038-1044.
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2020). “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Lucas, A., Vinogradova, E., & Rosa, C. (2014). Depressão no idoso institucionalizado: a realidade no concelho de Belmonte. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (2) 87-96.
- Maciel, Álvaro Campos Cavalcanti. Guerra, Ricardo Oliveira. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 26-33.
- Machado, C. P. G. (2012). *A solidão nos idosos* (Vol. 3). Escola Superior de Educação de João de Deus.

- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. *J. Bras Psiquiatr*, 65(1), 28-35.
- Maia, R. L. (2002). *Dicionário de sociologia*. Porto: Porto Editora.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics (6ª ed.)*. Lisboa: ReportNumber. ISBN 978-989-96763-4-3
- Marques, L., & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In: Firmino H. (Ed.). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Millenium. Journal of Education, Technologies, and Health*, 34(13), 119-123.
- Maunder R. Hunter J. Vincent L. Bennett J. Peladeau N. Leszcz M et al. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168:1245-51.
- Mazza, M., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, T., Furlan, R., & Ciceri, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594–600.
- Medeiros, J., Fernandes, L., & Coelho, R. (2010). *Depressão no idoso*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, Portugal.
- Miller, M. C. (2009). Treating generalized anxiety disorder in the elderly. *Harvard Mental Health Letter*, 3, 1-4
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Monteiro, I. Figueiredo, J. Cayana, E. (2020). Idosos e saúde mental: impactos da pandemia COVID-19. *Brazilian Journal of Health review*, Curitiba, v.4, n.2, p. 6060-6061.
- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moraes, E. Viana, L. Resende, L. et al. (2020). COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9):3445-3458. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3445.pdf>.
- Moreira, M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses – envelhecimento, saúde, idadeismo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Moura, C. (2006). *Século XXI, século do envelhecimento*. Camarate: Lusociência.

- Moura, C. (2016). “Pensar e Compreender o Envelhecimento”. In C. M. al., *Novas competências para Novas Exigências no Cuidar* (p.37). s.l: Edição de Autor.
- Neto, F. (1992). *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese Adolescents. *Social Behavior and Personality*, v.20, n.1, p.15-22.
- Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*, 2, p. 65 – 79.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social (Vol. II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11, pp. 313-319.
- Norton, J., Ancelin, M.L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K. & Carrière, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, (141) 276-285.
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (Germi), 2012. *Avaliação Geriátrica*. [http://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf).
- Oliveira, J. H. B., (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em estudo*, 11(2), 351- 359.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS.
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Madrid: OMS, 2005. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=E85BB77C12700D8BE11DF26ED66A442D?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=E85BB77C12700D8BE11DF26ED66A442D?sequence=6)
- Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103– 114. doi:10.1017/S1041610206003504
- Paradela, Emylucy. (2011). Depressão em Idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 31-40.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness, and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, pp 53-60.
- Pedrosa, B; Duque, R; Martins, R. (2016) Suicídio no Idoso – O Antecipar da Morte. *Psilogo: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Fernando Fonseca. Lisboa, v.14, n.1, p.50-56.*
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons.
- Pereira, Mara D. et al. (2020). A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *Research, Salud*, v. 9, n. 7, e652974548. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/493/960>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder*. London: Academic Press.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*.
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L.,... & Lenze, E. J. (2009). The Burden of Late-Life Generalized Anxiety Disorder: Effects on Disability, Health- Related Quality of Life, and Healthcare Utilization. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 17 (6), 473 – 482.
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549–562. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2013). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar- Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la

Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*, 1, 1–21. doi: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>

- Reardon S. (2015). Ebola's mental-health wounds linger in Africa. *Nature*. 2015;519:13-4.
- Ren, X., Huang, W., Pan, H., Huang, T., Wang, X., & Ma, Y. (2020). Mental Health During the Covid-19 Outbreak in China: a Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. P. R. (2007) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Porto: Livpsic-Psicologia.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742–748. doi: 10.1080/13607863.2011.562177
- Rocha, Fábio Lopes; Fuzikawa, Cíntia; Riera, Rachel; Hara, Cláudia. (2013). Evidências sobre a combinação de antidepressivos na depressão maior. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 87-93.
- Rodrigues, E. (2013). Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: Notas para o caso Português. In *Revista do Centro de Investigação do ISSSP N°2, Investigação em Trabalho Social. Envelhecimento: Que desafios à intervenção social?* (p.90). Porto: Edições Afrontamento.
- Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. 2020. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Rosa, M. J. & Chitas, P. (2010). *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11(790).
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109(102433). <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- 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, 472–480.

- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psico-sociais da depressão no idoso. *Revista Nursing*, Vol.17, N.o 222, pp. 7-11.
- 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(57), 1–11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338126/>
- Santos, P. & Freitas, C. (2018). Multidisciplinariedade na promoção do envelhecimento ativo: criação de uma equipa multidisciplinar no concelho de Sabrosa. In *II Congresso Ibero-Americano de Intervenção Social – Direitos Sociais e Exclusão*. Porto: Lema d’Origem.
- Santos, S. Brandão, G. Araújo, K. (2020). Social isolation: a look health elderly mental during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9 (7): 1-15, e392974244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4244>
- Schutt, R. K. (1999). Investigating the Social World: The process and practice of research (2ª ed.). *Thousand Oaks: Pine Forge Press*.
- Serrano, M. J. & Ferrer, J. T. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria*, 27 (7), 78-86.
- Sher, L. (2020). Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide?. *Acta neuropsychiatrica*, v. 32, n. 5, p. 1140-1148.
- Shigemura, J. Ursano, R.J. Morganstein, J.C. Kurosawa, M. Benedek, D.M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Feb 8. doi: 10.1111/pcn.12988.
- Silva, E. M. M., Silva Filho, C. E., Fajardo, R. S., Fernandes, A. Ú. R., Marchiori, A. V. (2005). Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. *Revista Ciência em Extensão*, 2 (1),62-74.
- Silva, M. Rodrigues, J. Ribas, M. et al. (2020). O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia por COVID-19. *Enfermagem Brasil*, v.19, n.4: suplemento covid. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4337>
- Silva, M. Viana, S. Lima, P. (2020). Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença COVID-19: uma revisão literária. *Revista de Diálogos em Saúde*, Vol. 3 (Nº1). Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/272>
- Simões, A. (2006). “*A Nova Velhice*”. Lisboa: Âmbar;
- Sinoff, G. & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959.

- Siqueira, G., Vasconcelos, D., Duarte, G., Arruda, I., Costa, J., & Cardoso, R. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 253–259.
- SNS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2015*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde
- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 32, 226–228. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>
- Sousa, F. A. (2008). *Depressão e actividades de vida diária no idoso*. Aveiro: UA – SACS. Tese de Mestrado.
- Sousa, M. Nunes. A. Guimarães, A. Cabrita, J. Cavadas, L. Alves, N. (2010). Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 26 (4), 384-91.
- Steardo, L., Steardo, L., & Verkhatsky, A. (2020). Psychiatric face of COVID-19. *Translational Psychiatry*, 10(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00949-5>
- Stek, M.L., Gussekloo, J., Beekman, A.T., van Tilburg, W., Westendorp, R.G., (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorder*, 78 (3), 193–200.
- Torija, Juan Román Urbina et al. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 21, n. 1, p. 37-42.
- Vahia, IV et al. (2020). COVID-19, Mental Health and Aging. A need for New Knowledge to Bridge Science and Service. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Disponível em: [http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(20\)30271-2/abstract](http://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(20)30271-2/abstract)
- Vaz, S.F.A., & Gaspar, N.M.S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, (4) 49-58.
- Veras, R. P.; Coutinho, E. & Coeli, C. M. (1997). Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. In: Veras, R. P. (Org.) *Terceira Idade: desafios para o terceiro milénio*. Rio de Janeiro: Dumará.
- Verropoulou, G. & Tsimbos, C. (2007). Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population in later life: an analysis using SHARE data. *Springer: European Journal of Ageing*, 4, 171-181.

- Vink, D., Aartsen, M. J. & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders* 106, 29 – 44.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Wang, H et al. (2020a). Coronavirus Epidemic and Geriatric Mental Healthcare in China: How a Coordinated Response by Professional Organizations Helped Older Adults During an Unprecedented Crisis. *International Psychogeriatrics*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184143/>
- Wang, H et al. (2020b). Dementia care during COVID-19. *Lancet*, 395 (10231): 1190. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30755-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30755-8/fulltext)
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Madrid.
- World Health Organization. (2015b). *Ageing*.
- World Health Organization. (2015d). *World report on ageing and health (Vol. 1)*.
- World Health Organization. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- World Health Organization. (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:228-9.
- Yang, F. (2017). Evaluation of frailty and influencing factors in old people in hospital institution: Evidence for a phenotype of frailty. *Observational Study*. *Medicine*.
- Yang, Yuan et al. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 4, p. e19.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminar report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

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

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Inquérito aplicados aos idosos do concelho de Paços de Ferreira

### IMPACTO DA PANDEMIA NA SOLIDÃO, DEPRESSÃO E ANSIEDADE NOS IDOSOS DO CONCELHO DE PAÇOS DE FERREIRA



Câmara Municipal  
Paços de Ferreira



Instituto Superior de Serviço Social do Porto  
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

#### 1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

##### 1.01. Idade

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

##### 1.02. Género

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Masculino  
 Feminino

##### 1.03. Refira o seu grau de escolaridade:

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Não sabe ler nem escrever  
 Saber ler e escrever (sem ter completado o ensino primário)  
 1º ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe  
 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório  
 3º ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus  
 Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus  
 Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

##### 1.04. Qual o seu estado civil?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Solteiro/a  
 Casado/a – união de facto  
 Viúvo/a  
 Divorciado/a ou Separado/a  
 NS/NR

## 2. SITUAÇÃO DE SAÚDE

### 2.01. Responda, por favor, às seguintes questões sobre como se sentia antes da pandemia e atualmente:

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

QUESTÕES	Antes da pandemia		ATUALMENTE	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Andava/Anda preocupado a maior parte do tempo?				
Afligia-se/aflece-se muito com coisas sem importância?				
Pensava/pensa ser uma pessoa nervosa?				
Considerava-se/considera-se uma pessoa preocupada?				
Muitas vezes os seus próprios pensamentos deixavam-no/deixam-no ansioso?				

(GERIATRIC ANXIETY INVENTORY – SHORT FORM – (GAI-SF) composta por 5 itens – (Byrne & Pachana, 2011)

## 2.02. Agora vamos fazer-lhe algumas perguntas sobre como se sentia ANTES DA PANDEMIA:

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Estava satisfeito com a sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punha de lado muitas das suas atividades e interesses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia a sua vida vazia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficava muitas vezes aborrecido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estava bem disposto(a) a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinha medo que lhe acontecesse qualquer coisa de mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-se feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-se muitas vezes desamparado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preferia ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achava que tinha mais dificuldades de memória do que os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensava que era muito bom estar vivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-se inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-se cheio(a) de energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia que para si não há esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensava que a maioria das pessoas passava melhor que o senhor(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.03. As questões que se seguem são as mesmas que as anteriores e referem-se ao modo como se tem sentido NA ÚLTIMA SEMANA:

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Sim	Não
Está satisfeito com a sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente a sua vida vazia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica muitas vezes aborrecido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa que é muito bom estar vivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se cheio(a) de energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente que para si não há esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o senhor(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983; Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

### 3. RECURSOS SOCIAIS

#### 3.01. Considerando as suas relações sociais, responda às seguintes questões, de acordo com o que sentia ANTES DA PANDEMIA.

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>
Sentia falta de camaradagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia que fazia parte de um grupo de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-me excluído(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentia-me isolado(a) dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Era infeliz por ser tão retraído(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas estavam à minha volta mas não estavam comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.02. Considerando as suas relações sociais, responda às mesmas questões que respondeu anteriormente mas de acordo com o que tem sentido

##### ATUALMENTE:

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>
Sinto falta de camaradagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que faço parte de um grupo de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me excluído(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me isolado(a) dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou infeliz por ser tão retraído(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (ULS-6) – (Russel, Replau & Ferguson, 1978; tradução portuguesa de Neto, 1989; versão reduzida de Neto, 2014)

## Anexo 2. Consentimento Informado.



Câmara Municipal  
Paços de Ferreira



Instituto Superior de Serviço Social do Porto  
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado/a que o inquérito a que me proponho responder tem como objetivo avaliar o impacto pandémico na solidão, depressão e ansiedade nos idosos do concelho de Paços de Ferreira no âmbito da dissertação de Inês Pacheco, aluna do mestrado em gerontologia social.

O presente projeto está a ser desenvolvido através de uma parceria entre o Município de Paços de Ferreira e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Declaro, ainda, ter sido informado/a dos objetivos e da duração prevista do inquérito.

Autorizo, de livre vontade, a utilização e recolha dos dados obtidos para efeitos estatísticos, salvaguardando sempre a minha identidade e a confidencialidade de todos os dados.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_

-----



Câmara Municipal  
Paços de Ferreira



Instituto Superior de Serviço Social do Porto  
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado/a que o inquérito a que me proponho responder tem como objetivo avaliar o impacto pandémico na solidão, depressão e ansiedade nos idosos do concelho de Paços de Ferreira no âmbito da dissertação de Inês Pacheco, aluna do mestrado em gerontologia social.

O presente projeto está a ser desenvolvido através de uma parceria entre o Município de Paços de Ferreira e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Declaro, ainda, ter sido informado/a dos objetivos e da duração prevista do inquérito.

Autorizo, de livre vontade, a utilização e recolha dos dados obtidos para efeitos estatísticos, salvaguardando sempre a minha identidade e a confidencialidade de todos os dados.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo 3. Plano de Ação no âmbito do Plano Estratégico para a Terceira Idade 2021-2024

Eixo Estratégico	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Medidas	Projeto	Entidades responsáveis	Outras entidades	Metas					
							2021	2022	2023	2024		
Eixo 1. Saúde e bem-estar físico e mental	1.1. Prevenção da dependência física e promoção da funcionalidade dos cidadãos.											
	1.1.1. Incentivar a prática de exercício físico regular.											
		Atividades físicas desenvolvidas ao domicílio;	Unidade Móvel - Saúde em Movimento	Município de Paços de Ferreira			•	•	•	•		
		Prática de Atividades Físicas Interativas e em videoconferência por grupos;	Plataforma Sioslife		IPSS's		•	•	•	•		
	1.1.2. Promover iniciativas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades.											
		Apoio psicológico gratuito;	Gabinete de Apoio à Saúde Mental	Município de Paços de Ferreira			•	•	•	•		
		Capacitar emocionalmente adultos idosos com competências necessárias para uma boa saúde mental;					•	•	•	•		
		Desenvolvimento de medidas preventivas contra o isolamento, exclusão e risco de pobreza;					•	•	•	•		
		Desenvolvimento de ações de sensibilização sobre o estigma e preconceito do envelhecimento;					•	•	•	•		
		Formação de técnicos, cuidadores informais e familiares que apoiem este tipo de população.						•	•	•		
		Promoção de atividades que visam diminuir o sedentarismo.	Unidade Móvel - Saúde em Movimento		IPSS's, Juntas de Freguesia		•	•	•	•		
	1.1.3. Promover a educação e formação focada no crescimento da literacia em saúde, nomeadamente no domínio dos hábitos alimentares / nutricionais adequados - bem como da atividade física.											
		Delimitação de estratégias de intervenção nas áreas da educação/reeducação e prevenção para a saúde.	Cuidados Holísticos na Comunidade + Saúde	Município de Paços de Ferreira	IPSS's, Juntas de Freguesia, Empresas e CHTS		•	•	•	•		
		Desenvolvimento de atividades que promovam bons hábitos de higiene e alimentares.	Unidade Móvel - Saúde em Movimento		Centros de Saúde, empresas, Juntas de Freguesia, IPSS's e CHTS		•	•	•	•		
	1.2. Aumento da capacidade, qualidade e diversidade das respostas sociais e de saúde.											
	1.2.1. Complementar respostas sociais existentes.											
		Cooperação com a Rede de Voluntariado de Grande Proximidade.	Rede de Voluntariado de Grande Proximidade	Município de Paços de Ferreira	Estrutura Municipal de Voluntariado			•	•	•		
		Dinamização de atividades interativas de grupo, por videoconferência.	Plataforma Sioslife		IPSS's		•	•	•	•		
		Promoção de atividades de intervenção em diversas áreas, em grupo.	Cuidados Holísticos na Comunidade + Saúde		IPSS's e Juntas de Freguesia		•	•	•	•		
	1.2.2. Promover a articulação com a Comunidade.											
		Desenvolvimento de atividades que prevenção do isolamento.	Cuidados Holísticos na Comunidade + Saúde	Município de Paços de Ferreira	IPSS's e Juntas de Freguesia		•	•	•	•		
		Desenvolvimento de atividades que estimulem o contacto com a comunidade.	Unidade Móvel - Saúde em Movimento		IPSS's e Juntas de Freguesia		•	•	•	•		
	1.3. Promoção de ações de capacitação dos municípios no âmbito da saúde.											
1.3.1. Promover formação direcionada para os cuidadores formais e informais.												
	Abordagem e explicação de temas pertinentes para os cuidadores.	Unidade Móvel - Saúde Em Movimento	Município de Paços de Ferreira	Gabinete de Apoio ao Cuidador Informal		•	•	•	•			
	Criação de um Gabinete de Apoio aos Cuidadores Informais.	Câmara Municipal de Paços de Ferreira		Segurança Social			•	•	•			
	Criação de uma Bolsa de Cuidadores Informais.			IPSS's			•	•	•			
1.3.2. Contribuir para o aumento da literacia em saúde.												
	Atividades que estimulem bons hábitos de saúde.	Unidade Móvel - Saúde em Movimento	Município de Paços de Ferreira			•	•	•	•			
	Promoção da saúde mental.	Gabinete de Apoio à Saúde Mental				•	•	•	•			