

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

VOLUME **XVII**

PSIQUE

Issue 2 | 1st July - 31st December 2021

Fascículo 2 | 1 de julho - 31 de dezembro 2021



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

VOLUME **XVII**

PSIQUE

Issue 2 | 1st July - 31st December 2021

Fascículo 2 | 1 de julho - 31 de dezembro 2021



PSIQUE | Volume XVII | Issue 2 | 1st July - 31st December 2021

Semiannual Publication. Scientific Journal of the Psychology Research Centre - CIP - from the Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

PSIQUE is a scientific journal in Psychology published by the Psychology Research Centre of the Universidade Autónoma de Lisboa.

Since 2005, PSIQUE has been publishing original papers in the scientific field of Psychology, in its several fields of specialization, in open access and free of charge.

From 2018, it is a semi-annual journal publication from 1st January to 30th June and from 1st July to 31st December.

Aims and Scope

It is particularly aimed at psychology researchers, lecturers and students but also at general readers who are interested in this field of science.

Psique publishes advances in basic or applied psychological research of relevance for understanding and improving the human condition in the world. Contributions from all fields of psychology addressing new developments with innovative approaches are encouraged. Articles that (a) integrate perspectives from different areas within psychology; (b) study the roles of physical, social and cultural domains in human psychological processes; or (c) include psychological perspectives from different regions in the world are particularly welcomed.

The journal publishes papers in Portuguese, Spanish, French and English.

Directory: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Databases: Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa (Camões).

Indexed by: Academic Search (EBSCO Publishers)

Fuente Academic (EBSCO Publishers).

PSIQUE | Volume XVII | Fascículo 2 | 1 de julho - 31 de dezembro 2021

Publicação semestral. Revista Científica do Centro de Investigação em Psicologia - CIP - da Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

A Psique é uma revista científica em Psicologia, editada pelo Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

Desde 2005 publica artigos originais e comunicações na área científica da Psicologia, nos seus vários domínios de especialização, de acesso livre e gratuito.

É um periódico semestral, a partir de 2018, com data de publicação de 1 de janeiro a 30 de junho e de 1 de julho a 31 de dezembro.

Âmbito e Objetivos

Dirige-se particularmente a investigadores, docentes e estudantes em Psicologia, mas também aos leitores em geral que se interessem pelo conhecimento desta ciência.

A Psique publica avanços na investigação científica básica ou aplicada, em Psicologia, com relevância para compreender e melhorar a condição humana no mundo. A Psique encoraja a submissão de contribuições de todos os campos da Psicologia, produzindo novos desenvolvimentos científicos, através de abordagens inovadoras. Particularmente bem-vindos são os artigos que: (a) integram perspetivas de diferentes áreas da Psicologia; (b) estudam o papel dos domínios físico, social e cultural nos processos psicológicos humanos; ou (c) integram perspetivas psicológicas de diferentes regiões do mundo.

A revista aceita artigos em Português, Espanhol, Francês e Inglês.

Diretórios: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Base de Dados: Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa (Camões).

Indexação: Academic Search (EBSCO Publishers)

Fuente Academic (EBSCO Publishers).

PUBLISHING INSTITUTION / INSTITUIÇÃO EDITORA

CIP – Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP)

Rua de Santa Marta, n.º 47, 3.º, 1169-023 Lisboa

Phone Telefone: +351 213 177 667 | Fax: +351 213 533 702

LEGAL OWNER / PROPRIEDADE

CEU – Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L.

Rua de Santa Marta, n.º 47

1150-293 Lisboa – Portugal

Phone Telefone: +351 213 177 600/67

Fax: +351 213 533 702

N.I.F.: 501 641 238

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.NT>

e-ISSN: 2183-4806

Title Título: **Psique**

Site: <https://cip.autonoma.pt/revista-psique/>

Registration Status: **Under Publishing** Situação de Registo: **Em Publicação**

Format Suporte: **Online**

Periodicity: Semiannual Periodicidade: **Semestral**

Editor in Chief Director: **Odete Nunes**

Inscrição Inscription: **220129**

Este trabalho é financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia – no âmbito do projeto do CIP com a referência UIDB/04345/2020.

This work was funded by national funds through FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia – as part of the project CIP – Ref.^a: UIDB/04345/2020.

EDITOR IN CHIEF DIRECTOR

Odete Nunes Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal onunes@autonoma.pt

ASSOCIATE EDITORS COEDITORES

José Magalhães Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal jmagalhaes@autonoma.pt
Luísa Ribeiro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal mrribeiro@autonoma.pt
Cristina Nunes Universidade do Algarve, Portugal csnunes@ualg.pt
Rute Brites Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal rbrites@autonoma.pt
Sandra Figueiredo Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal sfigueiredo@autonoma.pt

EDITORIAL BOARD CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Gomes Universidade do Algarve, Portugal asgomes@ualg.pt
Ana Antunes Universidade da Madeira, Portugal aantunes@uma.pt
Ana Gomes Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal amgomes@autonoma.pt
Anne-Marie Vonthron Univerité Paris Ouest-Nanterre, França anne-marie.vonthron@u-paris10.fr
Aristides Ferreira ISCTE, Lisboa, Portugal aristides.ferreira@iscte.pt
Carla Moleiro ISCTE, Lisboa, Portugal carla.moleiro@iscte.pt
Célia Oliveira Universidade Lusófona Porto, Portugal celia.oliveira@ulp.pt
Daniel Roque Gomes Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal Drmgomes@esec.pt
David Rodrigues ISCTE, Lisboa, Portugal dflrs@iscte-iul.pt
Dulce Pires I. Criap – Psicologia e Formação Avançada, Portugal dulcepires@ua.pt
Edlia Alves Simões University of Saint Joseph (Macao), Macau edlia.simoese@usj.edu.mo
Filomena Matos Universidade do Algarve, Portugal fmatos@ualg.pt
Florence Sordes-Ader Universidade de Toulouse, França sordes@univ-tlse2.fr
Gina C. Lemos Instituto Politécnico de Setúbal / Escola Superior de Educação gina.lemose@ese.ips.pt
Inês Ferreira Universidade Europeia, Portugal ines.ferreira@universidadeeuropeia.pt
Isabel Leite Universidade de Évora, Portugal imss@uevora.pt
Isabel Mesquita Universidade de Évora, Portugal mesqui@uevora.pt
Isabel Silva Universidade Fernando Pessoa, Portugal isabels@ualg.pt
João Viseu Universidade do Algarve, Portugal jnviseu@ualg.pt
Jorge Gomes ISEG – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal jorgegomes@iseg.utl.pt
José Eusébio Pacheco Universidade do Algarve, Portugal jpacheco@ualg.pt
Liliana Faria Universidade Europeia, Portugal liliana.faria@europeia.pt
Luis Sérgio Vieira Universidade do Algarve, Portugal lsvieira@ualg.pt
Magda Sofia Roberto Universidade da Beira Interior, Portugal magda.roberto@labcom.ubi.pt
Manuel Sommer Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal msommer@autonoma.pt
Marjorie Poussin Universidade de Lyon II, França marjorie.poussin@univ-lyon2.fr
Melanie Vauclair Instituto Universitário de Lisboa, Portugal melanie.vauclair@iscte-iul.pt
Miguel Ángel Garcia-Martin Universidad de Málaga, Espanha magarcia@uma.es
Miguel Pereira Lopes ISCSP – Universidade de Lisboa, Portugal mplopes@iscsp.ulisboa.pt
Monique K. LeBourgeois University of Colorado Boulder, United States of America monique.lebourgeois@colorado.edu
Odete Nunes Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal onunes@autonoma.pt
Patrícia Jardim de Palma ISCSP – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal ppalma@iscsp.ulisboa.pt
Pedro Armelino Almiro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal paalmiro@autonoma.pt
Pedro Duarte Universidad Veracruzana, México pdias@uv.mx
Ricardo B. Rodrigues Instituto Universitário de Lisboa, Portugal rfprs@iscte-iul.pt
Rosa Novo Universidade de Lisboa, Portugal rnovo@psicologia.ulisboa.pt
Rui Costa Lopes ICS – Universidade de Lisboa, Portugal rui.lopes@ics.ulisboa.pt
Saul Neves de Jesus Universidade do Algarve, Portugal srjesus@ualg.pt
Sílvia Araújo Universidade do Minho, Portugal saraujo@ilch.uminho.pt
Tito Laneiro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal tlaneiro@autonoma.pt
Vera Engler Cury Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil vency2985@gmail.com

ASSISTANT EDITORS EDITORES ASSISTENTES

Afonso Herédia Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal afonsodeheredia@gmail.com
Andreia Bandeira Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal andreia.lamy.bandeira@gmail.com
Francisco Castro Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal fcostacastro@gmail.com
Ana Jarmela Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal ajarmela@autonoma.pt

TRANSLATION TRADUÇÃO

Carolina Peralta Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal cperalta@autonoma.pt

DESIGN COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Undo geral@undo.pt

WEBSITE SITE

Undo geral@undo.pt

IT DEVELOPMENT DESENVOLVIMENTO INFORMÁTICO

Anselmo Silveira Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal asilveira@autonoma.pt

TABLE OF CONTENTS ÍNDICE

Nota Editorial Gabriela Gonçalves & Nídia Braz	7
Nota Editorial José Magalhães & Luisa Ribeiro	8
Cuidadores informais: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar Informal caregivers: Main difficulties and fears in the act of caring Cátia Sousa, Gabriela Gonçalves, Nídia Braz & António Sousa	9
Resiliência, Saúde percebida, Bem-estar Subjetivo e Psicológico e Suporte social em Idosos Institucionalizados e Não-institucionalizados Resilience, Perceived Health, Subjective and Psychological Well-being and Social Support in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly Maria Helena Martins & Sílvia Henriqueto	26
Confinamento sanitário e experiências restauradoras: Estudo exploratório em idosos portugueses Sanitary confinement and restorative experiences: Exploratory study in Portuguese elderly Jacinta Fernandes, Cátia Sousa & Gabriela Gonçalves	49
A demência ou depressão grave: fatores de risco do estado nutricional em idosos institucionalizados Dementia or severe depression: nutritional status risk factors in institutionalized elderly Ana Sofia Ferreira Albuquerque, Maria Palma Mateus, Paulo Filipe Henriques Marques Rodrigues Niza, Lúcia Filipa Guerreiro da Rocha & Nídia Maria Dias Azinheira Rebelo Braz	73
Author Instructions Instruções aos Autores	88
Reviewers instructions Instruções aos Revisores	92

NOTA EDITORIAL

Neste número especial da revista PSIQUE, dedicado a “Viver com mais idade: Qualidade de vida e bem-estar”, aborda-se o tema com uma perspectiva alargada, apresentando aos investigadores, docentes e estudantes de psicologia e aos leitores em geral, leituras e preocupações que, não sendo diretamente do âmbito da psicologia, são sobre o ser humano, os seus comportamentos e as suas preocupações.

Assim, para a seleção dos artigos, considerámos fundamental o impacto que a PSIQUE pode ter para públicos com diferentes interesses temáticos, e também a heterogeneidade de temas, essencial para aflo-
rar as tão distintas e variadas dimensões que o envelhecimento assume.

Numa sociedade onde cada vez mais pessoas atingem idades mais avançadas e onde o número de idosos ocupa uma parte progressivamente maior da população, muitas são as pessoas que necessitam de cuidados, e o primeiro artigo dedica-se às dificuldades e receios de quem cuida, de modo informal, no seio da família ou da comunidade.

O segundo artigo aborda o suporte social, resiliência e perceção de saúde e bem-estar dos mais velhos, institucionalizados ou com vida autónoma.

Nesta época de confinamentos recorrentes, apresenta-se um estudo exploratório em idosos portugueses sobre esta vivência de experiências inesperadas.

E porque a alimentação adequada, garante do equilíbrio nutricional, é essencial para a saúde e bem-estar, o último artigo analisa os fatores de risco para desequilíbrio nutricional em idosos institucionalizados, concluindo que se destacam a demência ou a depressão grave.

Muito mais fica por dizer, agradecemos à PSIQUE e aos presentes autores terem contribuído para iniciar esta abordagem tão necessária e atual.

Gabriela Gonçalves
Nídia Braz

NOTA EDITORIAL

Esta edição temática da revista PSIQUE pretendeu responder à preocupação permanente de diversificar as linhas de investigação no sentido de corresponder por um lado, às expectativas e necessidades dos leitores e por outro ao reforço da imagem e notoriedade da publicação.

De realçar que os artigos publicados foram avaliados, submetidos para revisão, analisados e ratificados com base em critérios científicos suportados na lógica da interdisciplinaridade e do interesse psicológico transversal.

A importância dos temas abordados vai ao encontro dos principais objetivos de uma publicação que pretende ser contributiva para os leitores interessados na abordagem das ciências sociais sejam professores, investigadores ou alunos e, que procura, igualmente, estimular a investigação e a submissão de trabalhos.

Num contexto social e económico desafiante para todos, como estes dois anos têm sido, o cuidado para com os mais frágeis, como é o caso dos idosos, tornou-se ainda mais pertinente. Mais do que nunca, o conhecimento científico atualizado na área da Psicologia é essencial para informar, sensibilizar e desenvolver boas práticas que permitam melhorar a saúde psicológica deste grupo, bem como dos seus cuidadores. Acreditamos dar aqui um contributo.

Em mais um ano, particularmente severo e limitativo devido à pandemia da COVID-19, importa sublinhar o empenho de toda a equipa com particular enfoque na coordenação desta edição temática. Foi necessário um empenho redobrado e direcionado que envolveu autores, revisores e editores para o sucesso da concretização da edição.

José Magalhães & Luisa Ribeiro
(Co-editores)

CUIDADORES INFORMAIS: PRINCIPAIS DIFICULDADES E RECEIOS NO ATO DE CUIDAR

INFORMAL CAREGIVERS: MAIN DIFFICULTIES AND FEARS IN THE ACT OF CARING

Cátia Sousa^{1,2}, Gabriela Gonçalves^{1,2}, Nídia Braz¹, & António Sousa¹

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVII • ISSUE FASCÍCULO 2
1ST JULY JULHO - 31ST DECEMBER DEZEMBRO 2021 • PP. 9-25

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.1>

Submitted on 2.01.21 Submetido a 2.01.21

Accepted on 17.03.21 Aceite a 17.03.21

Resumo

O aumento da esperança média de vida, a prevalência de doenças crónicas e a falta de serviços e infraestruturas de apoio à saúde, têm conduzido à necessidade cada vez mais premente de cuidadores informais. A prestação de cuidados informais afeta a vida dos cuidadores, pelo que determinar as suas principais dificuldades pode melhorar tanto a qualidade de vida dos cuidadores quanto das pessoas cuidadas. Este estudo qualitativo de tipo fenomenológico, objetiva explorar as principais dificuldades que o cuidador informal sente na tarefa de cuidar, o receio e o tipo de acidentes. Um total de 19 cuidadores informais (15 mulheres e 4 homens), com idades entre os 27 e os 81 anos, foram entrevistados com base num guião semiestruturado. Os resultados permitem observar que a maioria dos acidentes se relaciona com quedas no manuseamento da pessoa. Em termos de dificuldades sentidas pelos cuidadores, estes relataram dificuldades nos cuidados com a pessoa, em particular, associadas à falta de informação e de apoio. Os participantes referem ainda sentir falta de tempo para as suas atividades pessoais. Este estudo permitiu uma melhor compreensão de alguns dos problemas e dificuldades que os cuidadores informais enfrentam na atividade de cuidar.

Palavras-chave: cuidadores informais; acidentes; dificuldades; investigação qualitativa

Abstract

The increase in average life expectancy, the prevalence of chronic diseases and the lack of health support services and infrastructures, have led to an increasingly urgent need for informal caregivers. The provision of informal care affects the lives of caregivers, so determining their main difficulties can improve both the quality of life of caregivers and those cared for. This qualitative study of a phenomenological type aims to explore the main difficulties that the informal caregiver

1 Universidade do Algarve, Faro, Portugal

2 Centro de Investigação em Psicologia (CIP/UAL)

feels in the task of caring, the fear and the type of accidents. A total of 19 informal caregivers (15 women and 4 men), aged between 27 and 81 years old, were interviewed, based on a semi-structured script. The results allow us to observe that most accidents are related to falls in the handling of the person. In terms of difficulties experienced by caregivers, they reported difficulties in caring for the person associated with a lack of information and support. Participants also report feeling lack of time for their personal activities. This study allowed a better understanding of some of the problems and difficulties that informal caregivers face in the care activity.

Keywords: informal caregivers; accidents; difficulties; qualitative research

1. Introdução

Os especialistas estimam que em 2030 o número de cuidadores chegará a 21.5 milhões e que estes cuidarão dos doentes ou fornecerão cuidados por, pelo menos, 20 horas por semana (National Alliance for Caregiving & AARP, 2015). As estimativas do número de cuidadores informais variam de 10% a 25% da população total da Europa (Verbakel et al., 2017). Em Portugal, perto de 1.4 milhões de pessoas são cuidadores informais: aqueles que eram cuidadores ocasionais deixaram de o ser e passaram a ser cuidadores a tempo inteiro, facto este impulsionado pela pandemia COVID-19 e pelo fecho das respostas sociais após o confinamento (Agência Lusa, 2020). De acordo com Sun et al. (2021) para muitas pessoas, o cuidado informal é uma ocupação a tempo inteiro.

O aumento das doenças crónicas e da esperança média de vida, gerou um aumento da procura por cuidados de saúde, e a necessidade de cuidadores informais tem vindo a aumentar (Aksoydan et al., 2019). Segundo o INE, o índice de envelhecimento cresceu de 161.3 idosos por cada 100 jovens em 2019, para 165.1 em 2020. O grupo etário com 65 e mais anos, que em 2010 representava 18.5% da população total, em 2020 já representa 22.3% (PORDATA, 2021). De acordo com o Ageing Europe 2019 (Eurostat, 2019) Portugal será o país mais envelhecido da União Europeia em 2050, ou seja, em três décadas, 35.1% da população terá 55 anos ou mais. O envelhecimento e o aumento de doenças crónicas são processos que trazem consigo um conjunto de modificações psicológicas, físicas, emocionais, cognitivas, sociológicas, económicas e interpessoais, que por vezes exigem a presença de alguém que cuide, um cuidador (Manuel et al., 2020; Pinto & Róseo, 2014).

O cuidado está presente em toda a nossa existência, cuidamos, somos cuidados e zelamos pelo cuidado do outro (Fragoso, 2006). O cuidado pode ser definido como o fornecimento do que é necessário para a saúde, bem-estar, manutenção e proteção de alguém ou algo (Cambridge University Press, 2019) e pode ser dividido em cuidado formal ou informal (Albin et al., 2011). O cuidador formal é aquele que assume livremente as funções de cuidador, para as quais teve preparação académica e profissional, e que aufer uma remuneração pelo seu trabalho (Areosa et al., 2014; Vieira et al., 2011). A Lei n.º 100/2019, que reconhece o estatuto de cuidador informal, considera que o cuidador principal é “o cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao 4.º grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufer qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa.” (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Apesar de grande parte dos cuidados a dependentes ser assegurado por cuidadores informais, na sua maioria familiares próximos tais como esposas e filhas/noras (Grunfeld et al., 1997; Karsch, 2003), os cuidadores informais podem

ser amigos, conhecidos e/ou vizinhos, que prestam cuidados não remunerados a um indivíduo (Adelman et al., 2014; Oliveira et al., 2007). São pessoas que desempenham um papel fundamental na enfermagem de tais pacientes com doenças crônicas, especialmente os idosos. Esta situação constitui um desafio que exige que os cuidadores informais prestem assistência direta nas atividades diárias dos pacientes, administração de medicamentos, transporte, confecção de comida, cuidados com a saúde e suporte emocional (Shebl & Abd Elhameed, 2014; Silva et al., 2013).

O inquérito realizado a 1133 cuidadores informais pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (MCCI, 2021) em Portugal, mostra que a maioria cuida dos seus pais (51.4%), seguidos daqueles que cuidam dos cônjuges (18%) e dos filhos (12.7%). Muitos dos cuidadores informais carecem de uma formação adequada, o que aumenta os riscos de sobrecarga emocional, física, social e financeira, sobretudo porque ter a cargo uma pessoa dependente exige cuidados especiais, com acentuada variação de tarefas (Mendes et al., 2019). Além disso, no exercício de diferentes papéis, os cuidadores informais sentem uma diminuição do tempo para as suas relações interpessoais, frustração por não conseguir colocar em prática os seus próprios projetos de vida, e solidão (Stackfleth et al., 2012). Aliás, o estudo do MCCI (2021), constatou que 38.8% dos cuidadores informais relata a perda de tempo para si próprio e para a sua família e cerca de 90.5% gostaria de ter mais tempo para voltar às suas rotinas antes de ser cuidador.

Para além da alteração nos hábitos de vida pessoal e familiar, alguns estudos têm observado igualmente que os cuidadores têm necessidades físicas, psicológicas e sociais (Lopez-Hartmann et al., 2012; Rodger et al., 2015), sentem necessidade de informação, formação, suporte profissional, jurídico, financeiro e até de adquirir competências comunicacionais (Akgun-Citak et al., 2020; Silva et al., 2013). Neste sentido a formação, além de ajudar os cuidadores, dando-lhes maior confiança nas tarefas de cuidar, diminuindo a ansiedade e a frustração, poderia contribuir para a redução dos custos com os cuidados de saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e de quem é cuidado (Akgun-Citak et al., 2020; Aksoydan et al., 2019). Contudo, verifica-se ainda uma lacuna na prestação de formação aos cuidadores informais, formação esta necessária para que desempenhem as suas funções eficazmente e com conhecimento de como se deve fazer determinada tarefa, como por exemplo, tratar feridas ou administrar medicamentos (Manuel et al., 2020).

O papel dos cuidadores informais está a tornar-se uma questão marcante ao nível político, sociológico e económico (Akgun-Citak et al., 2020; Van Durme et al., 2012). O Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, visa reconhecer o papel fundamental do cuidador informal no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada, bem como o direito a ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada. Reforça ainda a prestação de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada, bem como a garantia de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional e a conciliação da vida profissional com a prestação de cuidados. Este estatuto assume-se assim como um marco social importante, reforçando a relevância cada vez maior dos cuidadores informais.

Contudo, o estudo realizado pelo MCCI (2021), revela que apenas 40.9% dos cuidadores conhece o estatuto e que cerca de 81.3% considera que os apoios são insuficientes. O mesmo estudo revela que as principais dificuldades e desafios associados ao papel de cuidador informal se prendem com o apoio emocional e psicológico e com outros recursos humanos (64.6%), apoios sociais (apoios do estado/associações/estatuto do cuidador) e dificuldades laborais (59.1%) e cerca

de 51.8% refere dificuldades financeiras e falta de formação e capacitação do cuidador informal, nomeadamente no que respeita aos cuidados a ter no tratamento e manuseamento do doente (35.6%), formação adequada à patologia: tratamento, evolução e terapias (23.2%), formação para lidar com questões emocionais mentais e psicológicas (22.6%), informação sobre cuidados em geral (15.5%) e estimulação cognitiva (3.1%).

Assim, é possível observar que apesar dos esforços do Estado para a inclusão dos cuidadores informais, há ainda um longo caminho a percorrer, sendo necessário repensar as políticas sociais e o papel que desempenham junto dos cuidadores informais, nomeadamente o reconhecimento do cuidador informal como um elemento fundamental na prestação de cuidados. Muitas vezes o cuidador informal desempenha o seu papel sozinho, sem qualquer ajuda, o que pode conduzir ao cansaço e exaustão (Zarit, 1997). Vários estudos têm mostrado que os cuidadores informais apresentam baixa qualidade de vida, depressão, stresse, esgotamento e doenças físicas, o que pode ser uma consequência de um suporte insuficiente e necessidades não atendidas (Tatangelo et al., 2018). Além disso, os cuidadores sentem que o seu papel como cônjuge, filho(a) ou irmão(a) é alterado, passando a ser vistos apenas como cuidadores (Akgun-Citak et al., 2020; Rodger et al., 2015).

Para além das dificuldades e problemas associados à tarefa de cuidar, a falta de formação reportada na literatura é suscetível de aumentar a ocorrência de acidentes e/ou situações de perigo. Face a esta problemática, este estudo de carácter qualitativo, tem como objetivos identificar a ocorrência de acidentes no ato de cuidar, os principais receios de acidentes, assim como as principais dificuldades que o cuidador informal sente na tarefa de cuidar. A identificação destes receios e destas situações permitirá conhecer melhor a realidade que os cuidadores informais vivem diariamente, contribuindo não só para o enriquecimento da temática da área, mas também para o possível reforço dos apoios e serviços disponibilizados a estas pessoas e, em última análise, visando a melhoria dos cuidados informais prestados à pessoa cuidada e o aumento do nível de bem-estar dos cuidadores.

2. Metodologia

2.1. Amostra

Na tabela 1 é possível observar a caracterização sociodemográfica dos participantes, características das pessoas cuidadas e da atividade de cuidar. A amostra, é composta por 19 cuidadores informais, sendo na sua maioria do género feminino ($n = 14$), com idades entre os 27 e os 81 anos ($M = 55.37$; $DP = 13.25$). Estes participantes exercem o papel de cuidadores há pelo menos 4 meses, sendo que o participante que é cuidador há mais tempo, exerce este papel há pelo menos 144 meses (12 anos). Em relação ao grau de parentesco, a maioria das pessoas são filhas ($n = 9$) ou cônjuges ($n = 7$) da pessoa cuidada. No que concerne ao tempo despendido no cuidado, este é também variável, entre 1 hora diária e as 24 horas. Relativamente às pessoas cuidadas, as idades variam entre 55 e 89 anos ($M = 72.95$ e $DP = 11.99$), 13 são do género feminino ($M = 73.77$ e $DP = 12.58$) e 7 são do género masculino ($M = 71.43$ e $DP = 11.59$). Os problemas de saúde mais indicados são a demência, tumores e hipertensão (6 pessoas), seguido dos problemas músculo-esqueléticos e visuais (5 pessoas) e 9 pessoas são indicadas como tendo vários problemas de saúde.

TABELA 1.*Características sociodemográficas dos participantes (cuidadores) e dados relativos às pessoas cuidadas*

Cuidador	Gênero	Idade	Habilitações Acadêmicas	Situação Profissional	Grau de parentesco com a pessoa cuidada	Idade (gênero) da pessoa cuidada	Cuidador há (meses)	Tempo diário despendido no cuidado	Problema de saúde
C1	F	61	Ens. Superior	Trab. conta outrem	Cônjuge	60 (M)	60	8h	Demência
C2	F	50	9º ano	Trab. conta outrem	Filha	81 (F)	60	4h	Diabetes, tumores, músculo-esqueléticas, visuais
C3	F	53	9º ano	Trab. conta outrem	Filha	81 (F)	60	6h	Diabetes, tumores, músculo-esqueléticas, visuais
C4	F	57	12º ano	Desempregada	Filha	89 (F)	120	24h	Demência
C5	F	43	9º ano	Desempregada	Filha	69 (M)	72	2h	Hipertensão, cardiovasculares, diabetes, demência, visuais, amputação de dedos dos pés,
C6	M	63	9º ano	Reformado	Cônjuge	62 (F)	4	24h	Hipertensão, tumores
C7	F	69	Ens. Superior	Reformada	Cônjuge	80 (M)	60	6h	Tumores
C8	F	70	9º ano	Reformada	Filha	89 (F)	132	12h	Cardiovasculares
C9	F	47	12º ano	Trab. conta outrem	Cônjuge	57 (M)	30	2h	Esclerose múltipla
C10	F	27	Ens. Superior	Trab. conta outrem	Neta	84 (F)	48	15h	Hipertensão, demência
C11	F	29	Ens. Superior	Trab. conta outrem	Filha	65 (M)	48	1h	Bipolaridade
C12	F	53	12º ano	Trab. Conta outrem	Filha	79 (F) + 86 (M)	24	1h	Hipertensão, músculo-esqueléticas, depressão, demência
C13	M	69	9º ano	Reformado	Cônjuge	68 (F)	144	3h	Doença de Huntington
C14	F	57	9º ano	Desempregada	Filha	83 (M)	36	6h	Hipertensão, cardiovasculares, diabetes, músculo-esqueléticas, visuais Parkinson
C15	F	60	Ens. Superior	Trab. conta outrem	Filha	82 (F)	24	2h	Hipertensão, músculo-esqueléticas
C16	F	51	Ens. Superior	Trab. conta outrem	Irmã	55 (F)	4	2h	Tumores
C17	M	53	Ens. Superior	Trab. conta outrem	Cunhada	55 (F)	4	2h	Tumores
C18	M	81	9º ano	Reformado	Cônjuge	76 (F)	20	24h	Cardiovasculares
C19	M	59	9º ano	Desempregado	Cônjuge	58 (F)	36	24 h	Demência, visuais

2.2. Instrumento

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas de acordo com um guião construído em função das questões que pretendíamos explorar. O guião foi previamente aplicado a dois cuidadores (não incluídos na amostra) para melhor aferir a eficácia na captação da informação pretendida. O guião é composto por dois grupos de questões. O primeiro grupo é composto por três questões relativas a acidentes e situações de perigo: a) número de acidentes ou situações de perigo vivenciadas nos últimos 12 meses durante o ato de cuidar; b) descrição do(s) acidente(s) e c) o maior receio de acidente ao cuidar pessoa. O segundo grupo apresenta uma questão relativa às principais dificuldades/problemas sentidos na tarefa de cuidar. Foi ainda contemplada uma questão referente ao grau de dificuldade sentida em arranjar tempo para as atividades pessoais, operacionalizada numa escala crescente tipo *Likert* de 1 (Nada difícil) a 6 (Extremamente difícil).

Para uma melhor caracterização da amostra foram também acrescentados itens relativos a características biográficas (idade, habilitações literárias, situação profissional, grau de parentesco com a pessoa cuidada, há quanto tempo é cuidador, tempo despendido no cuidado à pessoa, bem como alguns dados sobre a pessoa cuidada).

2.3. Procedimentos

Antes da realização do estudo, este foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Investigação em Psicologia.

De forma a identificar o tipo de acidentes mais frequentes na atividade de cuidar e os maiores receios e dificuldades dos cuidadores, foram entrevistados 19 participantes de acordo com um guião semi-estruturado. A amostra foi recolhida por conveniência e bola de neve e, como critério de inclusão, considerou-se o facto de ser cuidador, independentemente do género, da idade, da relação entre cuidador e pessoa cuidada e do tipo de doença da pessoa cuidada.

Foi feito um primeiro contacto pelos autores com o objetivo de definir local para a entrevista e dia e hora de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas por um dos autores no local de trabalho ou em casa dos entrevistados de forma presencial e individual. Foi assegurada a liberdade de participação ou interrupção e o consentimento informado (resultados para uso científico e divulgação em *journal* científico da especialidade), bem como o sigilo e o anonimato das respostas. O anonimato das respostas, além de permitir a manutenção de padrões éticos e proteger os respondentes de possíveis danos, aumenta a confiança dos participantes e como tal a integridade do processo de pesquisa (Baez, 2002). Não foi estabelecido tempo limite, foi aplicado o princípio da saturação, a entrevista terminava quando o participante deixava de fornecer novas informações. As entrevistas foram realizadas durante os meses de setembro e outubro de 2020. O ponto de saturação (i.e., quando nenhuma nova informação é observada) foi alcançado no participante 19 (e.g., Lofland & Lofland, 1995). Os participantes não receberam qualquer comparticipação financeira pela participação.

2.4. Análise de dados

A análise qualitativa das entrevistas foi realizada com recurso à metodologia de análise de conteúdo (e.g., Bardin, 1997; Hsieh & Shannon, 2005; Moraes, 1999; Stemler, 2001) que consiste na

definição de categorias de análise em três etapas: pré-análise, formação de categorias e discussão dos dados (Bardin, 1997).

Na primeira etapa, pré-análise, procedeu-se à leitura exaustiva das entrevistas.

Na segunda etapa, formação de categorias, as respostas às questões foram objeto de análise temática de conteúdos (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006), permitindo a identificação de padrões e facilitando a interpretação dos dados. A análise de conteúdo e a codificação da informação foi realizada com base nos princípios de codificação de Saldanha (2009). A definição das unidades do discurso obedeceu ao critério temático e os temas emergentes foram identificados e organizados por categorias (Boyatzis, 1998).

Na última e terceira etapa, discussão dos dados, procedeu-se à interpretação do conteúdo das entrevistas e à discussão dos dados.

As três etapas foram realizadas por dois dos autores e as categorias emergentes foram validadas por quatro juízes (membros da equipa de investigação).

3. Resultados

Acidentes e situações de perigo

Para identificar as situações de acidente e/ou perigo, foram colocadas as seguintes questões: “Quantas vezes se viu envolvido(a) em situações de perigo/acidente nos últimos 12 meses, durante o ato de cuidar?”; “Fale um pouco sobre esse(s) acidente(s)”; e “Qual o maior receio de acidente ao cuidar da pessoa?”.

Relativamente ao número de acidentes ou situações de perigo, embora alguns tenham indicado que ainda não ocorreram situações perigosas ($n = 10$), há quem reporte acidentes ou situações de perigo muitas vezes ou todos os dias ($n = 3$, Cuidadores: C1, C7 e C6). O cuidador C17 em 4 meses como cuidador relata seis acidentes, seguindo-se aqueles que vivenciaram três acidentes ($n = 3$, Cuidadores: C4, C8 e C15), o cuidador C12 indicou duas ocorrências e o cuidador C5 referiu um acidente.

Na tabela 2 podemos observar um sumário das categorias identificadas, relativamente às características dos acidentes e aos principais receios dos cuidadores sobre a ocorrência de acidentes.

TABELA 2.*Principais categorias de análise, unidades de contexto e respetivos cuidadores*

Questões	Categoria	Unidades de contexto	Cuidador informal
Acidentes e situações de perigo	Quedas	"Passagem da cadeira de rodas para a sanita"	C4, C6, C12, C15, C17
	Engasgos	"Engasgos devido à paralisia do lado direito. Tenho dificuldade em fazer o meu marido tossir para expelir a comida"	C7
	Agressões verbais	"Revolta por parte da pessoa, referindo que me matava"	C5
	Condução perigosa	"Comportamentos de grande risco, como condução sobre o efeito de medicamentos e álcool"	C1
Receios	Quedas	"Quedas graves"	C4, C6, C10, C13, C14, C15, C18
	Morrer	"Que morra"	C8
	Magoar-se a si próprio/Suicídio	"Suicídio"	C1, C11
	Engasgar-se	"Engasgos"	C7
	Agressões aos outros	"Receio que ele se torne novamente agressivo"	C5, C11
	Desgraça e limitação de recursos pessoais para ajudar (e.g., tempo, técnica, física)	"...impotência para ajudar"	C8, C10, C12, C17, C19

Nota: O cuidador EB, indicou a ocorrência de 3 acidentes, mas não referiu o tipo de acidentes

Conforme se pode observar na Tabela 2, dos oito cuidadores que relatam acidentes, cinco referem, sobretudo, quedas na transferência da pessoa cuidada, quer seja da cadeira para a cama, para a sanita ou no banho, quer seja na movimentação na cama, na mudança de fraldas, higienização ou mudança de roupa.

"Quando preciso de mudar a fralda, ao rolá-la na cama... já ia caindo da cama várias vezes... Quando tento colocá-la na cadeira de rodas ou desta para a cama é sempre muito difícil e há a possibilidade de a deixar cair... talvez 80% a 90% das vezes é mesmo difícil." (C6, masculino, 63 anos, reformado)

Uma das cuidadoras informais reportou também acidentes relacionados com engasgamento: *"Engasgos devido à paralisia do lado direito. Tenho dificuldade em fazer o meu marido tossir para expelir a comida"*. (C7, feminino, 69 anos, reformada)

Outras situações de perigo reportadas relacionam-se com comportamentos de agressividade: *"Comportamentos de grande risco, como condução sobre o efeito de medicamentos e álcool"* (C1, feminino, 61 anos, empregada). *"Revolta por parte da pessoa cuidada, referindo que me matava"* (C5, feminino, 43 anos, desempregada).

Em relação aos maiores receios de acidentes ao cuidar da pessoa, estes são convergentes com as ocorrências, embora alguns cuidadores que não referiram acidentes expressem receio que estes ocorram. Os receios referidos relacionam-se na sua grande maioria com as quedas ($n = 7$) e com o sentimento de impotência em ajudar ($n = 5$).

É de salientar que na categoria “quedas”, dos 7 cuidadores, dois (C15 e C18) referem receio em “deixar cair” o que revela alguma preocupação com a incompetência de evitar a queda.

Igualmente sete cuidadores mostram-se preocupados com a limitação dos seus recursos pessoais, tais como, tempo, capacidade física, e conhecimentos técnicos. “Poder necessitar de intervenção rápida devido a descompensação na medicação e eu não saber” (C17, masculino, 53 anos, trabalhador)

“O maior receio é que aconteça alguma coisa e não saiba ajudar.” (C19, masculino, 59 anos, desempregado)

“...não ter capacidade física para poder com eles para os levantar da cama...” (C12, feminino, 53, trabalhadora)

“... moro longe...” (C12, feminino, 53 anos, trabalhadora)

Outros cuidadores relatam receios como:

“Que a pessoa se magoe fisicamente ou magoe outra pessoa, num ato inconsciente.” (C11, feminino, 29 anos, trabalhadora)

“Suicídio” (C1, feminino, 61 anos, trabalhadora)

“Que morra” (C8, feminino, 70 anos, reformada)

“Receio que ele se torne novamente agressivo” (C5, feminino, 43 anos, desempregada)

Dificuldades/problemas na tarefa de cuidar

Para identificação das principais dificuldades foi colocada a questão: “Quais as suas maiores dificuldades/problemas na tarefa de cuidar?”. Na tabela 3 podemos observar uma síntese das categorias identificadas pela análise de conteúdo a esta questão.

TABELA 3.

Dificuldades/problemas que os cuidadores enfrentam na sua vida e na atividade de cuidar, unidades de contexto e respetivos cuidadores

Questões	Categoria	Unidades de contexto	Cuidador informal
Dificuldades/ problemas	Interação Cuidador-Pessoa a cuidar	“Agradar à minha mãe (ela é muito rabugenta) ...”	C3, C5, C9, C11, C19
	Dificuldades emocionais do cuidador	“Exaustão emocional, descontrolo.”	C1, C16
	Interação cuidar-vida do cuidador	“Falta de tempo para mim e para realizar as atividades que gostaria.”	C4, C10
	Dificuldades práticas	“Tratar da alimentação, não sei cozinhar.”	C1, C2, C3, C5, C6, C7, C8, C12, C13, C17, C18
	Dificuldades financeiras	Dificuldades financeiras que não permitem apoio domiciliário	C15

A primeira categoria é referente à interação entre as duas pessoas e às dificuldades nessa interação, nomeadamente a preocupação em não conseguir corresponder às expectativas das pessoas cuidadas:

“Agradar a minha mãe, ela é muito rabugenta.” (C3, feminino, 53 anos, trabalhadora)

“Não conseguir fazer com que ele cumpra o regime terapêutico, a dieta prescrita e os cuidados de higiene.” (C5, feminino, 43 anos, desempregada)

“A minha preocupação é cuidar da pessoa como ela gosta que eu cuide, mas fico com a sensação que podia fazer mais.” (C9, feminino, 47 anos, trabalhadora)

“Diálogo e a “absorção de regras” por parte do pai.” (C11, feminino, 29 anos, trabalhadora)

“Manter a paciência.” (C19, masculino, 59 anos, desempregado)

Na categoria efeitos emocionais no cuidador, inclui-se:

“Exaustão emocional e descontrolo” (C1, feminino, 61 anos, trabalhadora).

“Frustração por não poder curá-la” (C16, feminino, 51 anos, trabalhadora).

A terceira categoria descrita na Tabela 3 diz respeito a aspetos de gestão da interação entre a atividade de cuidar e as restantes dimensões da vida do cuidador. A este respeito os dois cuidadores referem a dificuldade em ter tempo para atividades de que gostam (C4) e a solidão por estar 24 horas por dia a cuidar (C10).

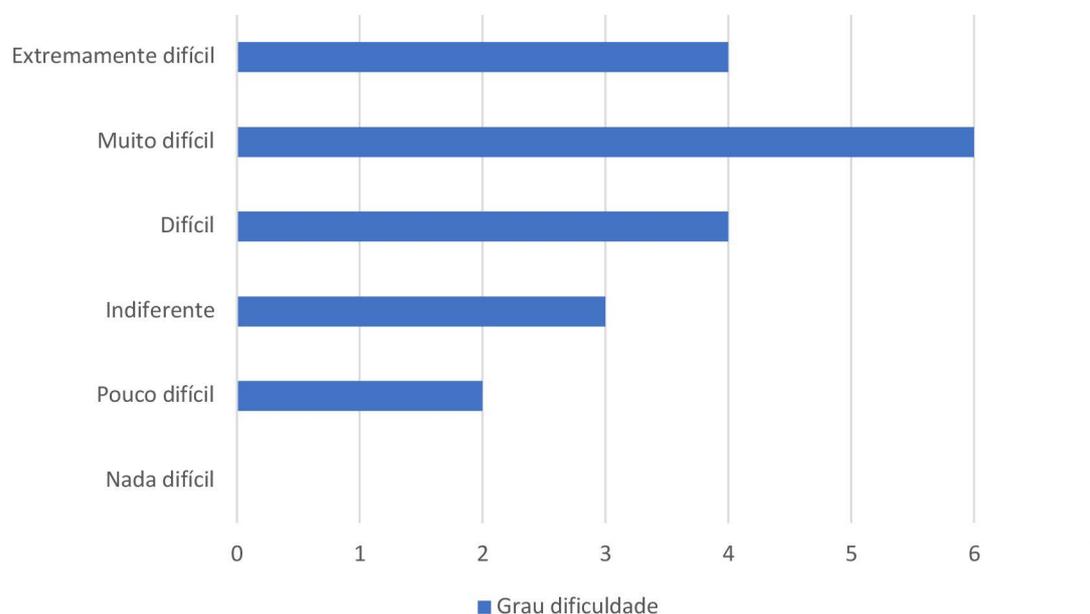
Relativamente à categoria designada como dificuldades práticas, as respostas são bastante variadas, aludindo a questões como a higienização (e.g., dar banho, mudar fralda), alimentação e medicação da pessoa cuidada; deslocação e transferência da pessoa de um local para outro e gestão do tempo na interação trabalho-atividade de cuidar.

Alguns cuidadores reportam também a falta de informação e de apoio médico: *“Não estar suficientemente elucidada sobre algumas formas de desempenhar as tarefas que possam vir a ter impacto na saúde do meu marido”* (C7, feminino, 69 anos, reformada). *“Como tenho problemas de saúde, fisicamente não estou a 100% todos os dias para cuidar.”* (C8, feminino, 70 anos, reformada). *“Falta apoio médico para que eu possa ligar e informar de alguma alteração e o que devo fazer. Essa indicação não a tenho e cada vez mais sinto que é difícil devido à conjuntura económica do SNS”* (C13, masculino, 69 anos, reformado).

A última categoria apresentada na Tabela 3 diz respeito a dificuldades financeiras e foi apenas relatada por um cuidador (C15, feminino, 60 anos, trabalhadora).

Grau de dificuldade em arranjar tempo para atividades pessoais

No que concerne ao grau de dificuldade que os cuidadores informais sentem para arranjar tempo para as suas atividades pessoais de lazer, as respostas variam entre pouco difícil ($n = 2$) e extremamente difícil ($n = 4$), como se pode observar na figura 1.

FIGURA 1.*Grau de dificuldade em arranjar tempo para atividades de lazer*

4. Discussão

Este estudo teve como principais objetivos identificar a ocorrência de acidentes no ato de cuidar, os principais receios de acidentes, assim como as principais dificuldades que o cuidador informal sente na tarefa de cuidar. Para tal, foram realizadas 19 entrevistas semiestruturadas a cuidadores informais. Através da análise dos principais resultados obtidos, é possível observar que a maioria dos cuidadores reportou pelo menos a ocorrência de um acidente nos últimos 12 meses. Estes acidentes relacionam-se sobretudo com quedas na transferência e movimentação da pessoa cuidada de um local para outro, bem como na higienização e mudança de roupa. Salienta-se que este tipo de acidentes, também relatados como receios, não apresenta convergência com a idade dos cuidadores ou o tipo de doença (e.g., limitações físicas). Dito de outra forma, seria de esperar que as pessoas mais velhas tivessem mais dificuldades na mobilização da pessoa cuidada ou que pessoas com limitações físicas dificultassem o seu cuidado. No entanto, não é o que se observa, cuidadores mais jovens (e.g., C17) relatam este tipo de acidentes e receiam novas ocorrências.

Outros acidentes encontram-se mais relacionados com as características das próprias doenças (e.g., comportamentos agressivos, comportamentos de risco ou engasgamento).

No que respeita aos maiores receios relacionados com acidentes, os cuidadores referem várias situações relacionadas com a própria integridade física da pessoa cuidada, refletindo o histórico de acidentes, tais como quedas e engasgamentos.

Os comportamentos de risco e agressões (quer em relação a si próprio quer em relação aos outros) constituem outra categoria de receios. A este respeito, de acordo com Araújo e Leitão (2012) os cuidadores informais enfrentam diariamente diversos problemas, tais como a dificuldade para

lidar com os quadros de agitação e de agressividade da pessoa cuidada, com o esquecimento, a repetitividade, a teimosia e as solicitações constantes.

Ainda sobre os receios, um número significativo de cuidadores expressa que o seu maior receio diz respeito à sua própria incapacidade de poder tratar da pessoa, seja por desconhecimento do que fazer, seja por estar ausente ou por não ter capacidade física para cuidar.

Em relação às dificuldades e problemas associados ao ato de cuidar, os participantes deste estudo referem questões relacionadas com a falta de apoio e informação, para além das questões associadas ao cuidado, como medicação, higienização ou transferência do doente.

Os cuidadores assumem não deter os recursos pessoais físicos, técnicos, de tempo e financeiros necessários para um cuidado isento de riscos para si próprio e para as pessoas que cuidam, associado, em alguns casos, a falta de apoio. Estas limitações criam desgaste, insegurança e frustração nos cuidadores, nomeadamente quando querem agradar, evitar acidentes, comportamentos agressivos e de risco. Em consequência, aumenta a carga subjetiva dos cuidadores associada a ansiedade e depressão (e.g., Cooper et al., 2007).

Os presentes resultados vão ao encontro das evidências observadas na literatura, uma vez que os cuidadores informais mencionam a necessidade de informações, formação, suporte profissional, e competências comunicacionais (Akgun-Citak et al., 2020).

Outras respostas dizem respeito ao impacto na gestão da interação da atividade de cuidar com outras dimensões da vida do cuidador, nomeadamente em relação aos restantes membros da família (e.g., Ethers et al., 2008, MCCI, 2021) e outras relações interpessoais. Os cuidadores ficam condicionados no tempo disponível para atividades profissionais e de lazer e para concretizar os seus próprios projetos de vida. Embora estas dimensões da vida sejam um recurso para o bem-estar dos indivíduos, face às dificuldades de tempo, no caso dos cuidadores, pode surgir frustração por não conseguirem satisfazer outras necessidades e solidão (Stackfleth et al., 2012). Estas respostas são convergentes com a questão relativa ao grau de dificuldade em arranjar tempo para atividades pessoais. São maioritariamente os cuidadores reformados e desempregados que relatam menores dificuldades em ter tempo para as suas tarefas pessoais. Ou seja, aqueles que para além da sua vida familiar pessoal, têm também uma atividade profissional e o papel de cuidadores informais, relatam ser muito difícil conciliar as várias atividades e papéis. Para estes cuidadores, o conflito de papéis surge agravado, conduzindo ao *burnout*, o que para além de afetar a qualidade de vida dos cuidadores está associado a sintomas depressivos, ansiedade e comportamento abusivo (e.g., Alves et al., 2019).

5. Considerações finais

A percentagem de pessoas com baixa autonomia e a necessitar de cuidados tem vindo a aumentar, principalmente associado ao avanço da medicina e aumento da esperança média de vida (e.g., He et al., 2016). Este aumento tem implicado o aumento de cuidadores informais, cônjuges, filhos, netos e irmãos. Acrescenta-se ainda o facto de a pandemia COVID-19 ter aumentado o número de cuidadores informais, devido ao fecho de muitas estruturas sociais de apoio. Cuidar de alguém pode ser gratificante, mas também está associado a sofrimento significativo (e.g., Prunty & Foli, 2019). O cuidado informal afeta negativamente não só a saúde física e mental do cuidador, mas também as relações familiares e sociais (conflitos familiares, isolamento social,

perda de privacidade, indisponibilidade para atividades sociais/lazer) e a atividade profissional e financeira (e.g., Rasgado & Santos, 2010).

O cuidador está sujeito a uma elevada carga subjetiva que afeta a sua saúde física e psicológica (e.g., Carretero et al., 2009; Del-Pino-Casado et al., 2012), variando em função dos seus recursos pessoais e de suporte vs. o grau de dependência da pessoa e o tipo de problema de saúde. Os recursos pessoais incluem, entre outros, conhecimentos, competências e habilidades que permitem aos indivíduos sentir-se eficazes e confiantes numa determinada tarefa, suporte fundamental para o sucesso e satisfação com a atividade (e.g., Bandura, 1997).

Com este estudo de carácter qualitativo e exploratório pretendemos contribuir para a compreensão das dificuldades que os cuidadores informais sentem, relativamente aos problemas de segurança, sobrecarga e receios no cuidado com o outro. Urge a necessidade de estudos com intervenções que abordem e aprofundem esta temática, nomeadamente as consequências sociais, físicas e psicológicas experienciadas pelo cuidador informal. A problemática reportada pelos cuidadores informais reforça a necessidade de implementação de medidas de apoio para enfrentar as dificuldades no ato de cuidar. Neste sentido, estudos futuros devem procurar aprofundar este tópico, identificando diretrizes para a construção de programas interventivos com os cuidadores informais, nomeadamente no que respeita à promoção de competências e conhecimentos (Carvalho et al., 2019).

Apesar de não estar refletido neste estudo, é fundamental considerar que, diferentemente dos cuidadores formais, a maioria dos cuidadores informais é o único cuidador. Uma vez que não dividem a responsabilidade, qualquer ausência ou erro implica níveis de culpa maior. Por outro lado, os cuidadores informais são muito próximos afetivamente da pessoa beneficiária do cuidado, pelo que experienciar a debilidade de alguém próximo, por si só já é um fator de stresse com grande impacto na vida do cuidador informal. Investigações realizadas neste âmbito mostram que os cuidadores informais que testemunham a rápida deterioração física e o sofrimento dos seus entes queridos ficam mais conscientes da sua própria mortalidade, o que desperta também os seus próprios medos em relação à morte (e.g., Abreu-Figueiredo et al., 2019; Semenova & Stadlander, 2016; Uslu-Sahan et al., 2018). A este propósito Oldenkamp e colegas (2017) relacionam a diminuição da qualidade da vida do cuidador informal com a deterioração e fragilidade da pessoa cuidada, ou seja, quanto mais dependente e frágil a pessoa cuidada, menor a qualidade de vida do seu cuidador informal.

Assim, apesar da dificuldade e complexidade deste processo, devem também ser pensadas estratégias de prevenção e de apoio ao próprio cuidador informal, tendo em vista uma redução do stresse, da sobrecarga, ansiedade, sentimento de culpa ou impotência, para uma melhoria da sua qualidade de vida e, conseqüentemente, melhoria dos cuidados prestados à pessoa que têm a cargo.

Conforme referido anteriormente não há convergência entre as quedas e a idade do cuidador ou o tipo de doença. No entanto, mais determinante do que a idade do cuidador neste tipo de acidentes, são as características físicas dos cuidadores (e.g., antropométricas, biomecânicas) associadas ao domínio de técnicas de transferência, mobilização e posicionamento. Este estudo não considerou este aspeto nem o estado de saúde físico e psicológico do cuidador, variáveis importantes para uma melhor compreensão dos acidentes e dificuldades dos cuidadores.

Sendo um estudo exploratório, que cumpre os seus objetivos, o tamanho da presente amostra limita algumas análises, nomeadamente sobre as diferenças de género. No nosso estudo, o

número de cuidadores do género feminino é significativamente superior ao número de cuidadores masculinos, tal como acontece com outros estudos em vários países (e.g., Del-Pino-Casado et al., 2012; Pinguart & Sorensen, 2006). Esta será uma variável relevante, por um lado, porque está relacionada com as características antropométricas e biomecânicas (e.g., Felton et al., 2018) dos cuidadores e, por outro lado, porque alguns estudos têm permitido observar maior exposição das mulheres aos riscos de saúde (e.g., Del-Pino-Casado et al., 2012), o que nos indica a necessidade de desenvolver trabalhos futuros.

Financiamento

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto CIP/UAL – Ref^a UID/PSI/04345/2020 e insere-se no projeto “Riscos psicossociais dos cuidadores informais e incidentes associados à atividade de cuidador” financiado pelo Projeto INTERREG 0348_CIE_6_E

Agradecimentos

Agradecemos ao CUI(DAR)+ do Gabinete de Apoio ao Cuidador de Odemira, a colaboração na recolha de dados

Referências

- Abreu-Figueiredo, R. Sá, L., Lourenço, T., & Almeida, S. (2019). Ansiedade relacionada à morte em cuidados paliativos: validação do diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(2), 178-185. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900025>
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1059. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Agência Lusa (2020, 5 novembro). Perto de 1,4 milhões de pessoas em Portugal são cuidadores informais. *Observador*. <https://observador.pt/2020/11/05/perto-de-14-milhoes-de-pessoas-em-portugal-sao-cuidadores-informais/>
- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., Bruchem-Visser, R., Pompili, S., Kav, S., Acar, S., Aksoydan, E., Altintas, A., Aytar, A., Baskici, C., Blazevidiene, A., Scarpa, A., Kiziltan, G., & Mattace-Raso, F. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 87, 103971. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
- Aksoydan, E., Aytar, A., Blazevidiene, A., Bruchem – Visser, R., Vaskelyte, A., Mattace-Raso, F., Acar, S., Altintas, A., Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden S., Baskici, C., Kav, S., & Kiziltan, G. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>
- Albin, B., Siwertsson, C., & Svensson, J. O. (2011). Informal care of the elderly in Sweden – Carers’ situation. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 23(1-2), 66–77. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol23iss1-2id170>

- Alves, L., Monteiro, D., Bento, S., Hayashi, V., Pelegrini, L., & Vale, F. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, 13(4), 415-421. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040008>
- Araújo, J., & Leitão, E. (2012). O cuidador do paciente em cuidados paliativos: Sobrecarga e desafios. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 77-81. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8946>
- Areosa, S., Henz, L., Lawisch, D., & Areosa, R. (2014). Cuidar de si e do outro: Estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2), 482-494. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>
- Baez, B. (2002). Confidentiality in qualitative research: Reflections on secrets, power and agency. *Qualitative Research*, 2(1), 35-58. <http://dx.doi.org/10.1177/1468794102002001638>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy—the exercise of control*. W.H. Freeman.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo* [Content Analysis]. Edições 70.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications, Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
- Cambridge University Press (2019). *Cambridge online dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org/pt/>
- Carvalho, A., Araújo, L., & Veríssimo, M. (2019). Quando os cuidados continuados chegam ao fim: Perspetivas de cuidadores informais sobre o momento da alta. *Revista de Enfermagem Referência*, (22), 107-115. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19023>
- Carretero, S., Garces, J., Rodenas, F., & Sanjose, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 74-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>
- Cooper, C., Balamurali, T.B., & Livingston, G. (2007). Revisão sistemática da prevalência e covariáveis da ansiedade em cuidadores de pessoas com demência. *Psicogeriatrics Internacionais*, 19(2), 175-195. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610206004297>
- Eloia, S., Oliveira, E., Lopes, M., Parente, J., Eloia S., & Lima, D. (2018). Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(9), 3001-3011. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.18252016>
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x>
- Eurostat (2019). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893?t=1571047376000>
- del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P., & Martínez-Riera, J. (2012). Gender differences regarding informal caregivers of older people. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 349-57. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01477.x>
- Fragoso, V. (2006). A arte de cuidar e ser cuidado: cuidar-se para cuidar. *IGT na Rede*, 3(5), 1-8. <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/9>
- Felton, P., Lister, S., Worthington, P., & King, M. (2019). Comparison of biomechanical characteristics between male and female elite fast bowlers. *Journal of Sports Sciences*, 37(6), 665-670. <http://dx.doi.org/10.1080/02640414.2018.1522700>

- Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., & Danbrook, C. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1101-1105. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228268/>
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, An Aging World: 2015*. U.S. Government Publishing Office.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- INE (2019). *Estimativas de População Residente*. www.ine.pt
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>.
- Lofland, J., & Lofland, L. H. (1995). *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis* (3rd ed.). Belmont: Wadsworth.
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V., & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 12, e133. <https://doi.org/10.5334/ijic.845>.
- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N. & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: O caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In A. Anica & C. de Sousa (Eds.), *Envelhecimento ativo e educação* (II) (pp. 87-99). Faro: Universidade do Algarve. ISBN: 978-989-9023-15-4.
- Mendes, P., Figueiredo, M., Santos, A., Fernandes, M., & Fonseca, R. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo [Content Analysis]. *Revista Educação*, 22(37), 7–32. http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html
- Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf
- National Alliance for Caregiving and AARP (2015). *Caregiving in the U.S.* <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/caregiving-in-the-united-states-2015-report-revised.pdf>
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Wittek, R., Stolk, R., & Smidt, N. (2017). The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project. *Journal Quality of Life Research*, 26, 2705–2716. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1606-5>
- Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 181-196.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journals of Gerontology; Series B: Psychological Science and Social Science*, 58(2), 112-128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.p112>
- Pinto, L., & Róseo, F. (2014). Envelhecer com saúde: O desafio do cuidar humanizado. *Revista Interfaces da Saúde*, 1, 20-29. <https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/11/Interfaces2.pdf>
- PORDATA (2021). *INE – Estimativas Anuais da População Residente* (atualizado em 14/6/2021). <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Prunty, M., & Foli, K. (2019). Guilt experienced by caregivers to individuals with dementia: A concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 14(2), e12227. <https://doi.org/10.1111/opn.12227>.

- Rasgado, S., & Santos, V. (2010). O descanso do cuidador. In Pretextos (eds), *Condição de recursos para acesso a prestações sociais* (p.3-4). *Revista do Instituto da Segurança Social, I.P.* n, 39, Setembro.
- Rodger, D., Neill, M. O., & Nugent, L. (2015). Informal carers' experiences of caring for older adults at home: A phenomenological study. *British Journal of Community Nursing*, 20(6), 280-285. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.6.280>
- Saldanha, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage Publications Ltd.
- Semenova, V., & Stadtlander, L. (2016). Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 10(1), 34-48. <http://dx.doi.org/10.5590/JSBHS.2016.10.1.05>
- Serviço Nacional de Saúde (2019). Cuidador Informal: Direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada aprovados. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/>
- Shebl, A. M., & Abd Elhameed, S. H. (2014). Impact of informal caregivers training program on geriatric patients' functional status and post-stroke depression. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 3(4), 45-53. <http://dx.doi.org/10.9790/1959-03414553>
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17), 1-10. <http://pareonline.net/getvn.asp?v.7&n.17>
- Silva, A. L., Teixeira, J. H., Teixeira, M. J. H., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 792-803. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12019>
- Stackfleth, R., Diniz, M., Fhon, J., Vendruscolo, T., Fabrício-Whebe, S., Marques, S., & Rodrigues, R. (2012). Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 768-774. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500019>
- Sun, W., Ashtarieh, B., & Zou, P. (2021). The safety challenges of therapeutic self-care and informal caregiving in home care: A qualitative descriptive study. *Geriatric Nursing*, 42, 491-501. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.013>
- Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>
- Uslu-Sahan, F., Terzioglu, F., & Koc, G. (2018). Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer Nursing*, 42(5), 373-380. <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000622>
- Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 490-504. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011>
- Verbakel, E., Tamlagsrønning, S., Winstone, L., Fjær, E., & Eikemo, T. (2017). Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(1), 90-95. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw229>
- Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M., & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 1-7. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300006>
- Zarit, S. (1997). *Interventions with family caregivers: a guide to psychotherapy and aging*. American Psychological Association.

RESILIÊNCIA, SAÚDE PERCEBIDA, BEM-ESTAR SUBJETIVO E PSICOLÓGICO E SUPORTE SOCIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO-INSTITUCIONALIZADOS

RESILIENCE, PERCEIVED HEALTH, SUBJECTIVE AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND SOCIAL SUPPORT IN INSTITUTIONALIZED AND NON-INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Maria Helena Martins¹ & Sílvia Henriqueto²

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVII • ISSUE FASCÍCULO 2
1ST JULY JULHO - 31ST DECEMBER DEZEMBRO 2021 • PP. 26-48

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.2>

Submitted on 13.02.21 Submetido a 13.02.21

Accepted on 20.04.21 Aceite a 20.04.21

RESUMO

O envelhecimento tem sido percecionado como um período de declínio e incapacidades, sendo que a institucionalização se constitui uma resposta face à indisponibilidade dos familiares para cuidar dos idosos. Neste sentido, os lares de idosos devem ser capazes de proporcionar uma boa qualidade de vida aos seus residentes. Alguns estudos documentam que, não obstante as perdas que ocorrem nesta etapa de vida, muitos idosos manifestam boa adaptação e qualidade de vida, satisfação e resiliência face às adversidades inerentes a este processo. Algumas variáveis como a resiliência, a perceção de saúde, o bem-estar subjetivo e psicológico e o suporte social têm sido apontadas como importantes para o envelhecimento bem-sucedido. O presente estudo tem como principal objetivo analisar as relações entre a resiliência, perceção de saúde, bem-estar subjetivo e psicológico e o suporte social e a sua contribuição para a adaptação ao envelhecimento em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Através de estudo transversal, descritivo, exploratório e correlacional, participaram 184 idosos ($N = 184$), com idades entre 65 e 94 anos ($M = 76.0$; $DP = 8.12$). Utilizaram-se diversos instrumentos para analisar as variáveis definidas. Os resultados documentam a relevância da resiliência, da perceção de saúde positiva, do bem-estar subjetivo e psicológico na adaptação ao envelhecimento. Assinalam-se diferenças entre os idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Palavras-chave: Resiliência, Saúde percebida, Bem-estar Subjetivo e Psicológico, Idosos, Institucionalização.

1 Universidade do Algarve, Faro, Portugal

2 APEXA, Guia, Portugal

ABSTRACT

Aging has been perceived as a period of decline and disability, and institutionalization is a response to the unavailability of family members to take care of the elderly. In this sense, nursing homes must be able to provide a good quality of life for their residents. Some studies document that despite the losses that occur at this stage of life, many elderly people show good adaptation and quality of life, satisfaction and resilience in the face of adversities in this process. Some variables such as perceived health, subjective and psychological well-being and social support are important variables for successful aging.

The main objective of this study aimed to analyze the relationships between resilience, perceived health, subjective and psychological well-being and social support and its contribution to the adaptation to aging in institutionalized and non-institutionalized elderly. Through a cross-sectional, descriptive, exploratory and correlational study, 184 elderly people ($N = 184$), aged between 65 and 94 years ($M = 76.0$; $SD = 8.12$) participated in the study. Several instruments were used to analyze the defined variables. The results revealed the relevance of resilience, positive health perception, subjective and psychological well-being in adapting to aging. There are differences between institutionalized and non-institutionalized elderly.

Keywords: Resilience, Perceived health, Subjective and psychological well-being, Elderly, Institutionalization.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade humana é um triunfo do desenvolvimento, resultante de um conjunto diversificado de fatores, dos quais se destacam os avanços da medicina e cuidados com a saúde, ensino e bem-estar económico, modernização e melhores condições de vida, com consequências na diminuição das taxas de mortalidade (Hayat et al., 2016).

Portugal pode ser considerado atualmente um país envelhecido, com 22% de idosos (com 65 ou mais anos de idade) e apenas 13% de jovens. Assinale-se que o índice de envelhecimento aumentou de 27.5% em 1961 para 161.3% em 2019, sendo que a esperança média de vida é de 80,9 anos (78,0 anos para o género masculino e 83,5 anos para o feminino) Estima-se que em 2060, os idosos com 65 ou mais anos de idade constituam 32.3% da população portuguesa, com cerca de 13.3% a apresentar 80 ou mais anos (PORDATA, 2020).

A velhice, enquanto etapa de vida tem vindo a ser conceptualizada como um processo, individual, contínuo, irreversível e heterógeno, caracterizada por uma diversidade de perdas biológicas (físicas e mentais), mudanças nos papéis e posições sociais, e perda de relacionamentos próximos (Aldwin & Igarashi, 2015), às quais o ser humano se tem de adaptar (Martins, 2015).

Neste sentido, Baltes e Smith (2009) defendem que o envelhecimento se enquadra na perspetiva do ciclo de vida (*lifespan*), desenrolando-se ao longo de toda a vida como um fenómeno biopsicossocial, uma vez que, para além da componente biológica, é ainda influenciado pelos contextos de vida e cultura.

Harper (2016), gerontologista diretora do *Oxford Institute of Aging*, propõe uma abordagem diferente para a linguagem que utilizamos sobre o envelhecimento, sugerindo que as pessoas com 60 anos e possivelmente 70 e 80 anos ainda deveriam ser consideradas adultos ativos.

De assinalar, no entanto, que por várias décadas, o envelhecimento tem sido percebido como um período de declínio, incapacidade e demência. Não obstante, a maior parte dos investigadores defendem a necessidade de ultrapassar os estigmas e percepções negativas presentes no ageísmo, os muitos preconceitos face aos idosos, sendo geralmente considerados todos iguais, não-produtivos e doentes (Akinola, 2020).

Considerando esta nova perspectiva na longevidade humana, uma série de investigações tem vindo a ganhar espaço na agenda mundial, conduzindo a um aumento das preocupações com os direitos dos idosos, com a sua saúde física e mental como garantia para um envelhecimento saudável, ativo e com qualidade de vida (Hayat et al., 2016).

Apesar dos riscos e vulnerabilidades que a velhice predispõe, diversos estudos defendem que muitos idosos passam por essa fase da vida apresentando capacidades que lhes permitem superar as adversidades, demonstrando resiliência. Assim, a resiliência constitui-se como um importante fator de proteção no envelhecimento, possibilitando ao idoso superar adversidades normais nesta faixa etária (ou seja, alguns declínios) e apresenta-se como uma capacidade regenerativa que ajuda a manter a saúde, apesar das perdas e doenças (MacLeod et al., 2016; Tay & Lim, 2020; Zapater-Fajari et al., 2021).

Nos últimos anos, diversas pesquisas mostraram que a resiliência está fortemente associada a um processo de envelhecimento caracterizado por baixo risco de doenças e alto funcionamento mental e físico (Zapater-Fajari et al., 2021).

Embora não exista um claro consenso sobre a definição de resiliência nos idosos, atualmente esta é definida como uma construção emergente, maleável, duradoura, e que pode ser desenvolvida e sustentada por uma interação dinâmica de aspetos biológicos, psicológicos, espirituais e fatores sociais. Diversos investigadores como Tay e Lim (2020) defendem um modelo biopsicossocial e espiritual a interagir para o desenvolvimento e manutenção da resiliência psicológica nos idosos.

As principais características evidenciadas na literatura sobre a resiliência em idosos com mais de 65 anos incluem fatores de saúde mental, social e fatores físicos. A pesquisa sugere que estilos de *coping* adaptativo, otimismo e esperança, emoções positivas (Martin et al., 2015), apoio social e envolvimento na comunidade, bem como independência nas atividades de vida diária (AVD's) e ser fisicamente ativo podem ter particularmente fortes associações com elevadas capacidades de resiliência (Martins, 2015).

Alguns autores têm defendido ainda que a resiliência promove a mobilização ativa de recursos em condições de adversidade. Em outras palavras, os idosos resilientes parecem empregar estratégias de enfrentamento mais adaptativas, promovendo a sua satisfação com a vida (Zapater-Fajari, 2021).

Ambriz et al. (2012) realizaram um estudo sobre resiliência e propuseram um modelo que explica a relação entre stresse e recursos psicossociais que podem potencializar o ajustamento positivo em todo o ciclo de vida. Assim, defendem que o processo de adaptação positiva é melhorado por um conjunto de recursos psicossociais que intervêm nos efeitos do stresse. De entre os recursos psicossociais, o apoio social é um fator importante que pode reduzir os efeitos do stresse. Relacionamentos próximos podem aumentar a autoestima e constituir-se como um importante

amortecedor contra a ansiedade da morte, enquanto a rutura de tais relacionamentos pode levar a depressões, perda do *élan* vital e preocupações sobre a morte.

Atualmente, a institucionalização constitui-se uma importante resposta que a sociedade apresenta para os idosos. Alguns estudos revelam, contudo, que nem sempre as necessidades dos indivíduos institucionalizados são respeitadas (por exemplo, privacidade, respeito), assim como as suas diferentes personalidades e modos de vida. Estes aspetos, somados às normas e regulamentos da instituição, às perdas que esta potencia, e ao facto de o idoso não aceitar de bom grado a institucionalização, podem fazer com que esta seja percebida como uma mudança dramática. Estudos assinalam que quando os idosos apresentam expectativas positivas em relação à institucionalização, esta não é tão encarada pelo idoso como negativa. Ao contrário, quando o idoso tem uma imagem negativa da institucionalização, considera essa etapa como sinónimo de isolamento, declínio e final de vida (Azeem & Naz, 2015).

Assinale-se o estudo desenvolvido por Azeem e Naz (2015), com o objetivo de analisar a resiliência, a ansiedade de morte e depressão entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Os resultados revelaram que os idosos não institucionalizados apresentavam maior resiliência, enquanto os institucionalizados apresentavam mais ansiedade de morte e sintomas depressivos. Os investigadores referem ainda que não houve diferenças significativas no género, embora os homens idosos apresentassem uma maior resiliência face às mulheres idosas. Não encontraram também diferenças na ansiedade face à morte, no entanto, as mulheres idosas apresentaram níveis mais elevados de depressão, sendo que também os idosos solteiros evidenciaram mais ansiedade face à morte quando comparados aos casados e viúvos.

A literatura da área documenta ainda que não ter filhos e ser solteiro pode gerar mais isolamento na velhice. O estado civil constitui-se como uma variável importante, sendo que o apoio social e a autoestima apresentam-se superiores entre os idosos que vivem na comunidade do que entre os institucionalizados (Azaiza et al., 2006).

Investigadores defendem que o bem-estar psicológico na velhice está relacionado com o funcionamento psicológico positivo do indivíduo e pode ser conceituado em três fatores: insatisfação solitária (ou seja, uma avaliação subjetiva do ambiente e redes de apoio), atitudes em relação ao próprio envelhecimento (ou seja, um equilíbrio entre vida passada e atual) e agitação (ou seja, comportamentos de ansiedade ou falta dela) (Lawton, 1975; Paúl, 1992).

Entre vários estudos sobre a influência do bem-estar psicológico no envelhecimento, pode referir-se o estudo realizado por Silva (2009) com idosos, com idades compreendidas entre os 65 e 92 anos que concluiu que à medida que a idade aumenta, o nível de bem-estar psicológico e a qualidade de vida tendem a diminuir. Por sua vez, o nível de escolaridade apresenta uma correlação significativa e positiva com o bem-estar psicológico e com a qualidade de vida. No que diz respeito ao género, são os homens que apresentam os melhores resultados na subescala de atitudes frente ao envelhecimento. O sexo feminino apresenta pontuações mais elevadas nas subescalas agitação e insatisfação solitária. Em relação à análise do estado civil, os autores constataram que os idosos casados apresentam maior bem-estar psicológico em relação aos viúvos (Silva, 2009).

Também o estudo desenvolvido por Paúl et al. (2005), indica que para os idosos casados a relação com seu cônjuge é o melhor preditor de satisfação com a vida e também a principal fonte de apoio e suporte. Em relação ao bem-estar psicológico dos idosos, estes investigadores referem que, em geral, os idosos apresentam certa solidão e insatisfação, manifestam atitudes negativas

em relação ao envelhecimento, ansiedade e agitação. No que se refere ao gênero, são as mulheres que indicam maior solidão e insatisfação. O estudo revelou ainda que, quanto menor o nível de escolaridade dos idosos, maior o sentimento de solidão.

Assinale-se o estudo desenvolvido por Júnior et al. (2019) em que se constatou níveis elevados de resiliência nos idosos, e moderado índice de suporte social. Os investigadores concluíram ainda que, nesta amostra de idosos urbanos, se verificou uma associação significativa entre a resiliência e a religião, sendo que o suporte social não foi uma variável preditiva para a resiliência.

A saúde é outro fator importante no envelhecimento, conceituado como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Resulta das interações entre o indivíduo e o meio ambiente, levando em consideração todas as dimensões do humano (biológica, psicológica, social e espiritual). Assim, tanto a saúde quanto a doença são influenciadas por fatores ambientais, sociais e estilos de vida de cada indivíduo, apesar da existência de associação entre idade cronológica e saúde. Nesse sentido, à medida que a idade aumenta, indica uma deterioração gradativa da saúde, um aumento das doenças e deficiências e maiores demandas com assistência social e de saúde (WHO, 1998).

Zheng et al. (2020) defendem que a resiliência é afetada por uma variedade de fatores sociais e pessoais e que, apesar de muitas pesquisas sobre os fatores associados à resiliência psicológica e a relação entre resiliência e qualidade de vida nos idosos poucas pesquisas têm examinado os efeitos mediadores da resiliência psicológica na qualidade de vida dos idosos. Com base na literatura, propõem um modelo teórico com a hipótese de que a resiliência mediará as relações entre o suporte social proporcionado pelos filhos e o sentido de comunidade e a satisfação com a vida nos idosos. Do seu estudo concluem que a resiliência tem um efeito mediador nas relações entre o apoio filial e o sentido de comunidade e a satisfação com a vida nos idosos. Os resultados confirmaram ainda os impactos positivos da resiliência psicológica na satisfação com a vida dos idosos e destacaram a importância dos contextos familiares e comunitários.

A investigação desenvolvida por Zadworna e Kossakowska (2021) revelou que a resiliência, a satisfação com a vida e comportamentos de saúde estão positivamente associados nas pessoas idosas. Os resultados defendem que a satisfação com a vida desempenha um papel mediador na relação entre a resiliência e comportamentos de saúde em idosos institucionalizados.

Zapater-Fajarí et al. (2021) destacam a importância da resiliência e do papel mediador do *coping* na regulação da resposta ao stresse, sugerindo que esses são fatores que podem prevenir o desenvolvimento de patologias associadas ao envelhecimento e facilitar uma velhice mais saudável e satisfatória.

Alguns estudos propõem ainda que os idosos podem ser ensinados e aprender a lidar melhor com o envelhecimento, aumentando a sua rede social, integrando-os em atividades estimulantes e permitindo-lhes desenvolver o potencial de recuperação face às adversidades e perdas tão presentes nesta etapa de vida (de Medeiros, 2020; Zaninotto et al., 2009).

Consubstanciando o que foi explanado, o objetivo geral do presente estudo consiste em analisar as relações e as contribuições da resiliência, da saúde percebida, do suporte social, do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico na adaptação ao envelhecimento em idosos. Atendendo a que os idosos institucionalizados e não institucionalizados apresentam características distintas na vivência da velhice são exploradas ainda as diferenças entre estes dois grupos. A relevância desta investigação reside na importância de, a partir dos resultados encontrados

se desenvolver programas de prevenção e metas de intervenção, que considere o papel destas variáveis no envelhecimento com satisfação e qualidade.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo e objetivo

O presente estudo é transversal, de cariz descritivo, exploratório e correlacional, pretendendo através de metodologias quantitativas analisar as relações entre as variáveis. O objetivo principal consistiu em analisar as relações e entre a resiliência, a saúde percebida, o bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, o suporte social, na adaptação ao envelhecimento em idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

2.2. Amostra

Participaram no estudo 184 idosos ($N = 184$), com idades entre 65 e 94 anos ($M = 76.04$ anos; $DP = 8.12$). A maioria dos participantes é do género feminino (61.9%; $n = 114$) enquanto 38.1% ($n = 70$) é do género masculino. Relativamente ao estado civil, 66.3% ($n = 122$) são viúvos e 33.7% ($n = 62$) são casados. No que respeita à escolaridade, 42.5% ($n = 78$) concluiu o 4.º ano, 18.5% ($n = 34$) tem o 6.º ano, 15.2% ($n = 28$) tem o 9.º ano, 10.3% ($n = 19$) tem Ensino Superior, 7% ($n = 13$) tem o 12.º ano e 6.5% ($n = 12$) não concluiu o 4.º ano de escolaridade.

Dos 184 idosos, 51% ($n = 94$) encontram-se institucionalizados em diversos lares residenciais do Algarve e do Alentejo e 49% idosos ($n = 90$) não estão institucionalizados. No grupo dos idosos institucionalizados, 52.1% ($n = 49$) estão em Lar, e 47.9% ($n = 45$) em Centro de Dia. Relativamente ao tempo de institucionalização, varia entre 3 meses a 15 anos, sendo que 68% ($n = 64$) dos idosos se encontram institucionalizados entre 1 a 5 anos. No que respeita aos idosos que frequentam Centro de Dia, 48.8% ($n = 22$) vivem com o(s) filho(s), 35.5% ($n = 16$) vivem sozinhos e 15.7% ($n = 7$) vivem com o(a) esposo(a). Quanto aos idosos não institucionalizados, 74.4% ($n = 67$) vivem com o(a) esposo(a), 16.6% ($n = 15$) vivem sozinhos e 9% ($n = 8$) vivem com os filhos.

Inquiridos sobre a sua situação económica 50% ($n = 92$) dos idosos inquiridos consideram-na, satisfatória, 28% ($n = 51$) referem que não é satisfatória nem insatisfatória, 15.6% ($n = 29$) estão muito insatisfeitos e 6.4% ($n = 12$) muito satisfeitos.

Todos os inquiridos estão reformados, sendo o número de anos da reforma compreendido entre 1 e 53 anos. Assinale-se que cerca de 6.5% ($n = 12$) dos idosos não se recorda precisamente do ano em que se reformou. Relativamente às suas profissões antes da reforma, 21.3% ($n = 39$) foram operários não qualificados, 20.1% ($n = 37$) trabalhadores rurais, 29.3% ($n = 54$) professores, 16.8% ($n = 31$) domésticas, 7% ($n = 13$) costureiras, 5.5% ($n = 10$) empresários.

No que se refere à percepção subjetiva da sua saúde, esta foi avaliada como média para 50.0% dos idosos ($n = 92$), 25.5% ($n = 47$) consideram-na como má e 24.4% ($n = 45$) como boa. Saliente-se que 75.5% ($n = 139$) dos idosos indicaram doenças, que foram agrupadas em cinco categorias. Assim, 50.3% ($n = 70$) dos idosos afirmaram ter doenças crónicas (e.g., diabetes), 23% ($n = 32$) doenças cardiovasculares (e.g., problemas na tensão arterial), 15.9% ($n = 22$) indicaram doenças respiratórias e 10.8% ($n = 15$) doenças psicológicas (i.e., depressão).

2.3. Instrumentos

Os dados foram recolhidos com recurso a um Questionário Sociodemográfico com questões referentes à idade, género, escolaridade, estado civil, profissão, institucionalização e regime de institucionalização (apenas para os idosos institucionalizados), e percepção do estado de saúde (autoavaliação).

Para avaliar a resiliência selecionámos o Inventário *Measuring State and Child Resilience* de Hiew (1998), adaptado para a população portuguesa por Martins (2011). Consiste em duas escalas, com formato tipo *likert* (Discordo a Concordo totalmente), a *Measuring Child Resilience* (MCR), que avalia as características da resiliência desenvolvidas na infância, composta por 18 itens ($\alpha = .79$) e a *Measuring State Resilience* (MSR) que descreve as características atuais da resiliência, com 14 itens ($\alpha = .74$) (Martins, 2011).

Para avaliar o suporte social utilizou-se o Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6), de Sarason et al. (1987), adaptado à população portuguesa por Pinheiro e Ferreira (2002). Esta escala está estruturada em 6 itens, sendo que cada item é avaliado através de duas variáveis ($\alpha = .90$). A primeira parte do item avalia o número de pessoas que o indivíduo considera ter disponíveis (i.e., a quantidade do suporte) e a segunda parte do item avalia o grau de satisfação com esse suporte disponível (i.e., a qualidade do suporte). Relativamente à primeira dimensão de cada item, foram modificadas as alternativas de resposta, tendo em atenção a população em estudo, os idosos, ficando: “Cônjuge/Companheiro(a), Filho/Filha, Neto/Neta, Irmão/Irmã, Vizinho(a), Amigo/Amiga, Colaborador da Instituição, Idoso da Instituição, Outra pessoa (especifique)”.

Para avaliar a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo foi utilizada a Escala de Afetividade Positiva e Afetividade Negativa (PANAS) de Watson et al. (1988), adaptada por Galinha e Ribeiro (2005). É uma escala tipo *Likert* (Nada ou muito ligeiramente a Extremamente), composta por 20 itens (10 relativos a afetos positivos – $\alpha = .86$ e 10 a afetos negativos, $\alpha = .89$) (Galinha & Ribeiro, 2005).

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), de Diener et al. (1985) avalia a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, adaptada e validada por Simões (1992). A escala tem 5 itens ($\alpha = .87$), tipo *Likert* (Discordo muito a Concordo muito) (Simões, 1992).

O bem-estar psicológico foi avaliado pela Escala de Ânimo Geriátrico de Philadelphia de Lawton (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale – PGCMS*, Lawton, 1975) adaptada por Paúl (1992). Composta por 14 itens, com resposta dicotómica (sim/não) e avalia três aspetos do bem-estar psicológico dos idosos, nomeadamente a Solidão/Insatisfação ($\alpha = .75$), Atitudes face ao próprio envelhecimento ($\alpha = .71$) e Agitação ($\alpha = .71$) (Paúl, 1992).

2.4. Procedimentos

Os instrumentos e procedimentos foram objeto de análise e aprovação pelo Gabinete de Proteção de Dados na Universidade do Algarve. Foram selecionadas as instituições às quais foi solicitada autorização para a coleta dos dados, tendo sido previamente explicitados os objetivos da pesquisa, bem como o grau de confidencialidade e anonimato. O estudo cumpriu os critérios éticos de anonimização e de participação voluntária, tendo os participantes assinado o consentimento informado. A recolha de dados da amostra de idosos institucionalizados foi realizada em Lares de Idosos, Centros de Dia e Casas de Saúde. A amostragem de idosos não-institucionalizados foi realizada em Universidades Seniores e ainda por convites diretos a idosos nas áreas geográficas do Algarve e Alentejo. Quanto à técnica de amostragem, trata-se de uma amostragem não

probabilística, de conveniência e tipo bola-de-neve, ou seja, os participantes foram selecionados pela facilidade de acesso e disponibilidade. Como critérios para inclusão na recolha de dados foram considerados: i) idosos com idade igual ou superior a 65 anos, ii) saber ler e escrever, e iii) não apresentar demência ou défice cognitivo (informações fornecidas pela instituição e/ou familiares).

Os questionários foram realizados individualmente, após consentimento dos participantes, sendo que em parte significativa da amostra as questões foram lidas aos idosos que respondiam tendo por base uma folha onde as opções de resposta (1 a 5) estavam representadas através de um gráfico de barras. Este procedimento teve como objetivo simplificar o processo de resposta, permitindo uma mais fácil visualização da opção a escolher.

Concluída a recolha, os dados obtidos foram introduzidos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics®, v. 26.0), para a análise estatística.

3. RESULTADOS

A análise descritiva dos resultados obtidos nas diversas escalas permite constatar que os idosos do presente estudo apresentam valores elevados de resiliência, quer na escala MSR ($M = 4.28$; $DP = .53$), quer na escala MCR ($M = 4.18$; $DP = .48$). Relativamente à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, esta é também positiva ($M = 3.42$; $DP = .94$). Assinale-se, contudo, que, no que respeita à dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, os resultados indicam, quer uma baixa presença de afetos negativos ($M = 1.71$; $DP = .56$), como dos afetos positivos ($M = 2.78$; $DP = .85$). Quanto ao bem-estar psicológico, não obstante, os idosos apresentem boas atitudes face ao envelhecimento ($M = 1.46$; $DP = .34$), constituindo-se indicador positivo de bem-estar psicológico, apresentam indicadores negativos de bem-estar psicológico, com valores elevados na solidão/insatisfação ($M = 1.52$; $DP = .35$) e na agitação ($M = 1.45$; $DP = .33$).

Em relação ao suporte social, no que respeita ao número, ou seja, a quantidade de suporte que percecionam, constata-se que este é muito baixo ($M = 1.49$; $DP = .87$), apesar do grau de satisfação face à qualidade do suporte ser elevado ($M = 5.27$; $DP = 1.09$). Estes resultados indiciam que os idosos estão satisfeitos com o suporte social que recebem, embora este seja proporcionado por poucas pessoas (Tabela 1).

TABELA 1

Análise descritiva da resiliência, satisfação com a vida, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e do suporte social

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.
MSR	4.28	.53	1	5
MCR	4.18	.48	1	5
SWLS	3.42	.94	1	5
PANAS Afetos Positivos	2.78	.85	1	5
PANAS Afetos Negativos	1.71	.56	1	5
PGCMS Solidão/ Insatisfação	1.52	.35	1	2
PGCMS Atitudes face ao envelhecimento	1.46	.34	1	2
PGCMS Agitação	1.45	.33	1	2
SSQ6 Quantidade	1.49	.87	0	9
SSQ6 Qualidade	5.27	1.09	1	6

A saúde dos idosos foi avaliada de forma subjetiva, ou seja, foi uma autoavaliação da percepção que os idosos têm sobre a sua saúde. A análise descritiva indica que 50.0% ($n = 92$) considera a sua saúde como “média”, 25.0% ($n = 46$) como “ruim” e 25.0% ($n = 46$) como “boa”.

A análise das correlações entre as variáveis em estudo e a idade revela alguns resultados estatisticamente significativos (Tabela 2) Relativamente à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à resiliência e à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo. Verificaram-se, contudo, algumas correlações negativas sendo que conforme a idade aumenta, os afetos positivos tendem a diminuir ($r = -.282$; $p = .014$), os idosos apresentam menor número de suporte social ($r = -.384$; $p < .001$) e, ainda, apresentam atitudes menos positivas face ao envelhecimento ($r = -.234$; $p = .036$).

Assinale-se que, com o aumento da idade, aumenta a solidão e insatisfação ($r = .445$; $p < .001$). Por outro lado, a idade correlaciona-se positivamente com os afetos negativos, ou seja, os afetos negativos aumentam juntamente com a idade ($r = .245$; $p = .029$).

TABELA 2

Análise correlacional entre as variáveis em estudo e a idade

Variáveis (N = 184)	Idade r (p)
PANAS Afetos Positivos	-.282* (.014)
PANAS Afetos Negativos	.245* (.029)
PGCMS Solidão/ Insatisfação	.445**(.000)
PGCMS Atitudes face ao envelhecimento	-.234**(.036)
SSQ6 Quantidade	-.384**(.000)

* $p < .05$, ** $p < .01$

A análise revelou não existirem diferenças relativamente ao género em qualquer das variáveis em estudo. Assinale-se, que também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da resiliência e do bem-estar psicológico, nem no bem-estar subjetivo, em função do estado civil, com exceção dos afetos negativos da dimensão afetiva do bem-estar subjetivo ($F(3.84) = 2.89$; $p = .042$), e da quantidade de suporte social ($F(3.84) = 3.47$; $p = .021$).

A análise *post-hoc*, através do teste de Tukey, revelou que as diferenças ao nível dos afetos negativos resultam da comparação entre os participantes viúvos com os casados/união de facto ($MD = .36$; $p = .047$), ou seja, os idosos que apresentam maior número de afetos negativos são os viúvos. Em relação à quantidade de suporte social, quando comparados os participantes casados/união de facto com os viúvos ($MD = .55$; $p = .046$), a diferença recai a favor do primeiro grupo, ou seja, são os idosos casados/união de facto os que apresentam maior quantidade de suporte social.

No que se refere à situação económica, constata-se que quanto menos satisfatória é a situação económica, maior é a presença de afetos negativos ($r = -.508$; $p = .002$), sendo ainda que, quanto mais satisfatória é a situação económica, maior o bem-estar subjetivo, relativamente à dimensão cognitiva ($r = .428$; $p = .002$). Assinale-se que, relativamente ao bem-estar psicológico, quando a situação económica é percecionada como mais satisfatória, maiores os níveis de solidão/insatisfação ($r = .479$; $p = .003$) e de agitação ($r = .384$; $p = .010$), ou seja, menor o bem-estar psicológico. Verifica-se, contudo, que as atitudes face ao envelhecimento são mais positivas quanto mais satisfatória é a situação económica ($r = .298$; $p < .001$), sugerindo níveis mais elevados de

bem-estar psicológico. A análise relativa ao suporte social, permite constatar que, quanto mais satisfatória é a situação económica, maior a quantidade de suporte social percebido ($r = .421$; $p = .002$). A resiliência não apresentou relação com a situação económica.

No que concerne à avaliação da saúde, verifica-se que esta não se encontra relacionada com a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, mas encontra-se significativamente relacionada, quer com os afetos positivos ($r = .284$; $p = .002$), como com os afetos negativos ($r = -.374$; $p = .001$), sendo que nos afetos negativos a relação é inversa. Neste sentido, os idosos que percebem a sua saúde como melhor apresentam mais afetos positivos, e menos afetos negativos. A análise à resiliência, revela que a escala MSR está relacionada com a percepção de saúde, isto é, a resiliência tende a apresentar valores mais positivos quando há uma percepção mais positiva também da saúde ($r = .324$; $p = .004$).

Relativamente ao bem-estar psicológico, constata-se que, quanto melhor a percepção de saúde, mais positivas são as atitudes face ao envelhecimento ($r = .427$; $p < .001$), indicando maior bem-estar psicológico. De assinalar, contudo, quanto melhor a percepção da saúde, maiores são, também, os sentimentos de solidão, insatisfação ($r = .387$; $p < .001$) e de agitação ($r = .322$; $p = .001$), ou seja, o bem-estar psicológico é menor. A análise permite ainda assinalar que a percepção da saúde é tanto mais positiva quanto maior é a quantidade de suporte social percebido ($r = .321$; $p = .010$).

A análise às relações entre a resiliência e o fator institucionalização, revela que a resiliência desenvolvida na infância (MCR) se relaciona negativamente com a institucionalização ($r = -.283$; $p = .003$), sugerindo que os idosos que apresentam valores mais elevados de resiliência são os idosos que estão institucionalizados (Tabela 3). Relativamente à componente cognitiva do bem-estar subjetivo, os resultados demonstraram uma correlação positiva e significativa com a institucionalização ($r = .344$; $p = .002$), indicando que os indivíduos não institucionalizados revelam maior satisfação com a vida (Tabela 3).

TABELA 3

Análise correlacional da Resiliência, Bem-estar subjetivo, Bem-estar psicológico, e Suporte social em relação à institucionalização e regime de institucionalização

Variáveis	Institucionalização (n = 94) r(p)	Regime de institucionalização r(p)
MSR	.132 (.256)	.295 (.064)
MCR	-.283**(.003)	.247 (.082)
SWLS	.344**(.002)	-.013 (.934)
PANAS Afetos positivos	.173 (.115)	.387** (.006)
PANAS Afetos negativos	-.378**(.000)	-.049 (.790)
PGCMS Solidão/Insatisfação	.522**(.000)	.094 (.565)
PGCMS Atitudes envelhecimento	.321** (.004)	.018 (.945)
PGCMS Agitação	.138 (.250)	.007 (.973)
SSQ6 Qualidade	-.126 (.250)	-.026 (.866)
SSQ6 Quantidade	.439** (.000)	.147 (.346)

** $p < .01$; * $p < .05$

Relativamente à dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, o fator institucionalização apresenta uma correlação significativa e negativa relativamente aos afetos negativos ($r = -.378$;

$p < .001$), ou seja, os idosos institucionalizados apresentam mais afetos negativos. No que respeita ao bem-estar psicológico, a dimensão das atitudes face ao envelhecimento revela uma correlação positiva e significativa ($r = .321$; $p = .004$), indicando que são os idosos não-institucionalizados que apresentam atitudes mais positivas, ou seja, têm níveis mais elevados de bem-estar psicológico. Também, a dimensão da solidão/insatisfação apresenta, uma correlação positiva e significativa ($r = .522$; $p < .001$), indicando, inversamente, que são os idosos não-institucionalizados que apresentam maiores níveis de solidão e insatisfação, ou seja, menor bem-estar psicológico.

Os resultados demonstraram que a quantidade de suporte social se encontra correlacionada positivamente com a institucionalização ($r = .439$; $p < .001$), indicando que os idosos que apresentam maior suporte social são os idosos não-institucionalizados.

De assinalar, que no que se refere ao regime de institucionalização (i.e., se os idosos estão institucionalizados em Lar ou em Centro de Dia), se verifica uma correlação significativa e positiva com os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ($r = .387$; $p = .006$), indicando que os idosos que frequentam Centro de Dia apresentam mais afetos positivos que os idosos que estão institucionalizados no Lar.

A análise entre as variáveis psicológicas e o tempo de institucionalização, não revelou nenhuma correlação significativa, evidenciando que, neste grupo amostral, o tempo não influencia a resiliência, o bem-estar e o suporte social dos idosos (Tabela 3).

Da análise às correlações entre as várias variáveis em estudo, constata-se que os idosos com valores mais elevados de resiliência na escala MCR (resiliência desenvolvida enquanto criança) apresentam mais afetos positivos ($r = .352$; $p = .001$). Por sua vez, os idosos que apresentam valores mais elevados na escala MSR (resiliência atual), demonstram maior satisfação com a vida ($r = .428$; $p < .001$), apresentando mais afetos positivos ($r = .548$; $p < .001$) e menos afetos negativos ($r = -.284$; $p = .001$).

No que se refere à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo encontra-se significativamente correlacionada negativamente com os afetos negativos da componente afetiva, ou seja, os idosos que apresentam valores elevados de satisfação com a vida, apresentam menos afetos negativos ($r = -.340$; $p = .001$).

Relativamente ao suporte social, nomeadamente à dimensão da quantidade, correlaciona-se positivamente com a escala MSR, sendo que, quanto maior o número percecionado de suporte social, maior a resiliência ($r = .346$; $p = .001$). No mesmo sentido, constata-se que uma quantidade maior de suporte social se correlaciona com níveis elevados da dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo ($r = .382$; $p < .001$). No que concerne à dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, assinala-se uma relação positiva com o suporte social relativamente aos afetos positivos ($r = .299$; $p = .004$) e uma relação negativa no que se refere aos afetos negativos ($r = -.253$; $p = .003$), ou seja, os idosos que apresentam uma maior quantidade de suporte social apresentam mais afetos positivos e menos afetos negativos.

No que se refere à dimensão da qualidade do suporte social, constata-se a presença de correlações estatisticamente significativas e positivas com a escala MSR da resiliência ($r = .323$; $p = .003$), com a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo ($r = .234$; $p = .001$) e com os afetos positivos da dimensão afetiva do bem-estar subjetivo ($r = .299$; $p = .004$). Estes resultados sugerem que, quanto maior a perceção da qualidade do suporte social recebido, maiores são os valores ao nível da resiliência, mais bem-estar subjetivo e mais afetos positivos os idosos apresentam.

Tendo em análise cada dimensão do bem-estar psicológico, assinala-se em primeiro lugar as correlações significativas e positivas ao nível das atitudes face ao envelhecimento, indicando um maior bem-estar psicológico à medida que aumenta a resiliência (MSR) ($r = .440$; $p < .001$), a satisfação com a vida ($r = .473$; $p < .001$), a qualidade do suporte social ($r = .243$; $p = .005$), a quantidade de suporte social ($r = .291$; $p = .004$), os afetos positivos ($r = .394$; $p < .001$). Inversamente, atitudes negativas face ao envelhecimento relacionam-se com os afetos negativos ($r = -.286$; $p = .003$).

No que se refere à agitação, verifica-se que esta se correlaciona, negativamente, com os afetos negativos, indicando que, quanto menor a agitação (ou seja, mais bem-estar psicológico) mais afetos positivos o indivíduo apresenta ($r = -.478$; $p < .001$).

Relativamente à dimensão solidão/insatisfação, os idosos tendem a apresentar níveis mais elevados de solidão/insatisfação (i.e., indicadores negativos de bem-estar psicológico), quanto menor é a resiliência (MSR) ($r = -.393$; $p < .001$), a quantidade de suporte social ($r = -.332$; $p = .001$), a satisfação com a vida ($r = -.432$; $p < .001$) e os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ($r = -.254$; $p = .007$). Por sua vez, quanto maior a presença de afetos negativos, maiores os níveis de solidão/insatisfação ($r = .476$; $p < .001$).

Para avaliar o contributo do bem-estar subjetivo, do bem-estar psicológico, do suporte social, na resiliência (MSR) dos idosos, e o contributo da idade e do género, utilizou-se a regressão linear múltipla, método *Enter*. Através da análise do modelo, constata-se que estas variáveis, no seu conjunto, explicam 47% da variância da resiliência, sendo este contributo estatisticamente significativo [$R^2 = .49$, $F(10,86) = 6.54$, $p < .001$].

TABELA 4
Regressão linear múltipla

	Coeficientes ^a			t	Sig.
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	2.488	.697		3.534	.001
PANAS Afetos positivos	.279	.063	.456	4.484	.000
PANAS Afetos negativos	-.179	.101	-.198	-1.772	.082
SWLS	.088	.064	.158	1.392	.173
SSQ6 Quantidade	.058	.063	.095	.896	.377
SSQ6 Qualidade	.020	.048	.038	.373	.718
PGCMS Solidão/Insatisfação	.141	.238	.095	.585	.569
PGCMS Atitudes envelhecimento	.152	.189	.098	.796	.437
PGCMS Agitação	-.128	.178	-.084	-.727	.478
Idade	.012	.008	.168	1.582	.126
Género	-.134	.106	-.114	-1.272	.210

F 6.543
R2a .488

^a Variável dependente: MSR
 $p < .05$

A análise individual dos contributos dos preditores revela que apenas uma variável é estatisticamente significativa, nomeadamente os afetos positivos da componente afetiva do bem-estar subjetivo ($\beta = .456$, $p < .001$). Assim, é possível concluir que, na presente amostra de idosos os afetos positivos predizem a resiliência (Tabela 4).

4. DISCUSSÃO

O objetivo principal da presente investigação consistiu em analisar as relações entre a resiliência, a saúde percebida, o bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, o suporte social, na adaptação ao envelhecimento em idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

De acordo com os resultados obtidos pode constatar-se que se trata de uma amostra feminizada, o que vai ao encontro de diversos estudos realizados no nosso país (Carvalho & Dias, 2011; Paiva, 2008; Pimentel et al., 2019).

No que respeita à resiliência constata-se que o grupo de idosos inquiridos apresenta valores elevados, resultado que é corroborado por diversos estudos (Akatsuka & Tadaka, 2021; Ferreira et al., 2012; Gooding et al., 2012; MacLeod et al., 2016). Assinale-se ainda a presença de níveis elevados de bem-estar subjetivo, no que se refere à dimensão cognitiva (i.e., a satisfação com a vida), corroborando diversos estudos como o de Schilling e Wahl (2006) que referem que a satisfação com a vida se mantém ao longo do envelhecimento.

Relativamente à dimensão afetiva do bem-estar subjetivo, os resultados assinalam que estes idosos apresentam baixos valores de afetos negativos, bem como de afetos positivos. A baixa presença dos afetos positivos poderá ser explicada, segundo Griffin et al. (2006) que constataram que os afetos positivos tendem a diminuir aquando do aumento da idade.

No que se refere ao bem-estar psicológico, constatam-se resultados elevados na dimensão atitudes face ao envelhecimento, constituindo-se como um aspeto positivo; no entanto os valores elevados obtidos nas dimensões solidão/insatisfação e agitação constituem-se como fatores negativos, indiciando valores baixos de bem-estar psicológico. Estes resultados são corroborados por Paúl e colaboradores (2005) e por Gerino et al. (2017) que verificaram que, de uma forma geral, os idosos demonstram alguma solidão/insatisfação e agitação.

Em relação ao suporte social, apesar de se verificar um baixo número da rede de suporte social (i.e., quantidade), verificou-se que os idosos se apresentam satisfeitos com o apoio que recebem (i.e., percecionam uma qualidade elevada do apoio recebido). Este resultado vai ao encontro do referido por Pimentel et al. (2019) que também verificaram que a média de satisfação que os idosos apresentam com o apoio social é elevada.

Verificou-se ainda que os idosos com um nível mais elevado de resiliência na escala MCR, apresentam mais afetos positivos e que os idosos com nível mais elevado de resiliência, na escala MSR; demonstram, também, mais afetos positivos, maior satisfação com a vida (i.e., componente cognitiva do bem-estar subjetivo) e menos afetos negativos. Por sua vez, os idosos que apresentam maior satisfação com a vida, apresentam menos afetos negativos.

Os resultados permitem constatar que, quanto maior o número percecionado de suporte social (i.e., quantidade), maiores são os níveis de resiliência e da dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, verificando-se mais afetos positivos e menos afetos negativos. Por outro lado, quanto maior é a perceção da qualidade do suporte social (i.e., a satisfação dos idosos com o apoio que recebem), maiores são os níveis da resiliência, mais bem-estar subjetivo os idosos apresentam, bem como, mais afetos positivos. Estes resultados são corroborados em diversos estudos que também verificaram que o suporte social e a resiliência se relacionam positivamente e apontam o suporte social como um importante fator protetor e de resiliência (Ferreira et al., 2012; Fontes & Neri, 2014; Juliano & Yunes, 2014; Wiles et al., 2012).

Em relação aos resultados encontrados em cada dimensão do bem-estar psicológico, refira-se que os idosos que apresentam maior bem-estar (i.e., atitudes positivas face ao envelhecimento) demonstram maiores níveis de resiliência, mais satisfação com a vida, mais afetos positivos, maior satisfação com o suporte social recebido e, ainda maior número de suporte social. Por sua vez, os idosos que mostram níveis mais baixos de bem-estar, nomeadamente, atitudes menos positivas face ao envelhecimento e maior agitação, revelam mais afetos negativos. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Smith e Hollinger-Smith (2015), que defendem que um maior bem-estar psicológico está relacionado com maior resiliência nos idosos, maior felicidade, menor depressão e maior satisfação com a vida.

Relativamente à solidão/insatisfação, os resultados obtidos são também corroborados em diversas investigações, constatando-se que os idosos que apresentam níveis mais elevados de resiliência, de satisfação com a vida, de afetos positivos e, ainda, de quantidade de suporte social, revelam níveis mais baixos de solidão/insatisfação (Gerino et al., 2017).

No que respeita às associações entre idade e bem-estar psicológico, os resultados apontam para uma diminuição do bem-estar psicológico à medida que a idade aumenta, resultado corroborado por Silva (2009). Relativamente às comparações entre a idade e a componente afetiva do bem-estar subjetivo, os resultados sugerem que, com o aumento da idade, os afetos positivos tendem a diminuir, enquanto os negativos tendem a aumentar, resultado também confirmado por Griffin e colaboradores (2006). Quanto à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, o que vai ao encontro de Schilling e Wahl (2006), que referem uma manutenção do nível de satisfação com a vida no envelhecimento, não aumentando nem diminuindo com a idade.

Verificou-se, ainda, que à medida que a idade aumenta, os idosos apresentam um menor número de suporte social, o que não acontece com a qualidade de suporte social. De forma geral, os estudos apontam para uma inexistência de diferenças significativas entre o suporte social e a idade dos idosos. O facto destes idosos apresentarem menor quantidade de suporte social à medida que a idade aumenta, poderá ser justificado pelo facto de que, consoante vão envelhecendo, vão também perdendo os seus relacionamentos próximos (Baltes & Smith, 2009).

Em relação ao género, não se encontrou qualquer associação com as variáveis psicológicas em estudo, resultados que estão de acordo com alguns estudos, nomeadamente o estudo de Fortes et al. (2009) no âmbito da resiliência e suporte social.

Relativamente ao estado civil, os resultados apontam diferenças significativas ao nível dos afetos negativos e ao nível da quantidade de suporte social. Assinale-se que o estado civil contribui para uma diferença significativa ao nível da rede social, uma vez que o casamento se apresenta como tendo um efeito protetor. Os nossos resultados vão ainda ao encontro de Paúl et al. (2005), que indicam que para os idosos casados, a relação com o cônjuge é a principal fonte de suporte e como tal promotora do envelhecimento bem-sucedido. Verificou-se, também, que são os idosos casados ou em união de facto que apresentam menos afetos negativos, expressando um maior bem-estar, resultados corroborados por Argyle (2003), que assinalam que os indivíduos casados ou em união de facto, apresentam maiores níveis de bem-estar do que aqueles que vivem sozinhos, são solteiros, divorciados ou viúvos.

A ausência de diferenças significativas no âmbito da idade, género e escolaridade relativamente à resiliência, é um resultado corroborado por Fortes e colaboradores (2009).

No que diz respeito à situação económica, os resultados indicam que quanto mais os indivíduos se encontram satisfeitos com a sua situação, maiores níveis de bem-estar subjetivo (i.e., componente cognitiva). Este resultado é corroborado por Argyle (2003), que indica que a satisfação com a vida é influenciada pela satisfação com a situação económica. Assinale-se ainda que os idosos que percecionam a sua situação económica como mais insatisfatória, tendem a apresentar mais afetos negativos. Ainda neste âmbito, verificou-se que os idosos que percecionam a sua situação económica como mais satisfatória apresentam, também, atitudes mais positivas face ao envelhecimento.

Quanto à avaliação subjetiva que os idosos fazem da sua saúde, verificou-se que quanto mais positiva for a perceção de saúde, maior a presença de afetos positivos, resultado corroborado por Fredrickson (2003) que chama a atenção para que as emoções influenciam, ainda de que forma indireta, a saúde. Os resultados do presente estudo também mostraram, em sentido oposto, que quanto mais positiva é percecionada a saúde, menor a presença de afetos negativos.

Uma perceção positiva da saúde relaciona-se também com a resiliência (escala MSR) e com a quantidade de suporte social, sendo que, quanto maior o suporte social percecionado pelo idoso, mais positiva é a perceção que este faz da sua saúde, resultado que vai ao encontro do defendido por Fontes et al. (2015), que afirmam que o apoio social tem a capacidade de produzir efeitos benéficos na saúde (quer física, quer mental). A perceção positiva da saúde também se relaciona com valores mais elevados de resiliência, o que é corroborado por Gooding et al. (2012) e Fontes et al. (2015), que referem que perceções mais baixas do nível de saúde preveem resultados igualmente mais baixos na resiliência. A avaliação positiva da saúde relaciona-se, ainda, com atitudes mais positivas face ao envelhecimento, o que se constitui como um índice positivo de bem-estar psicológico.

A análise aos resultados obtidos permite concluir que os indivíduos não institucionalizados apresentam uma maior satisfação com a vida (i.e., componente cognitiva do bem-estar subjetivo), atitudes mais positivas face ao envelhecimento, ou seja, mais bem-estar psicológico e, ainda, maior número de suporte social. Contudo, são também os idosos não institucionalizados os que apresentam maiores níveis de solidão/insatisfação e conseqüente menor bem-estar psicológico, o que poderá indicar que os outros idosos da instituição contribuem para a diminuição do sentimento de solidão/insatisfação. Por sua vez, os idosos institucionalizados apresentam mais afetos negativos (i.e., componente afetiva do bem-estar subjetivo).

Desta forma, a institucionalização, embora possa trazer alguns aspetos positivos, no presente estudo, pode ser encarada como um fator de algum risco, uma vez que são os indivíduos não institucionalizados que apresentam resultados mais positivos. Com efeito, Paiva (2008) afirma que a institucionalização tende a desfazer alguns dos laços que o idoso mantinha com a sociedade, o que poderá explicar o facto de que são os idosos que não se encontram em situação de institucionalização que apresentam um maior número de suporte social. De igual modo, a institucionalização pode acarretar um conjunto de perdas que podem contribuir para o aumento dos afetos negativos, o que se verifica no presente estudo.

Relativamente à resiliência, verificou-se que esta apenas se relaciona negativamente com a institucionalização na subescala MCR, o que indica que os idosos que apresentam valores mais elevados na resiliência são os idosos que se encontram institucionalizados. Este resultado poderá ser justificado no sentido em que, não obstante a institucionalização funcione como fator de risco, a resiliência que estes idosos desenvolveram parece permitir-lhes que, não obstante mais

estas adversidades se apresentem como resilientes. Assinale-se que estes idosos apresentam uma maior resiliência do que os não institucionalizados, o que está também de acordo com a teoria da resiliência que afirma que esta se desenvolve a partir de situações de risco (Martins, 2015).

Refira-se ainda as principais conclusões relativas ao regime de institucionalização, em que os idosos que frequentam Centro de Dia apresentam mais afetos positivos que os idosos que frequentam a valência de Lar. Com efeito, também Azeem e Naz (2015) sublinham o facto de a institucionalização ser uma transição de vida extremamente importante para o idoso, pois exige a adaptação a novos papéis, relações e espaços.

Em relação ao tempo de institucionalização, apesar da amostra recolhida apresentar uma grande variedade relativamente a este aspeto (i.e., varia de 3 meses a 13 anos), este não se mostrou significativamente relacionado com nenhuma das variáveis psicológicas em estudo. Este resultado vai ao encontro do estudo realizado por Carvalho e Dias (2011), que concluíram, igualmente, que o tempo de permanência na instituição não se encontra relacionado com uma boa ou má adaptação.

De acordo com a análise das variáveis que influenciam positivamente e predizem a resiliência nos idosos, podemos concluir que das variáveis consideradas em equação, os afetos positivos (da componente afetiva do bem-estar subjetivo) são o único preditor da resiliência dos idosos em estudo. Assim sendo, os idosos resilientes apresentam mais afetos positivos, apresentando estes uma influência direta sobre o seu nível de resiliência.

Atendendo a que a resiliência pode ser conceptualizada como um processo que permite ao indivíduo ultrapassar as adversidades de modo bem-sucedido (Martins, 2015), existindo duas componentes essenciais para que a resiliência se desenvolva, os fatores de risco e fatores de proteção poderemos concluir que a afetividade positiva se constitui como um importante fator de proteção que contribui para o desenvolvimento da resiliência.

Nesta linha de pensamento, é de referir o estudo de Wiles et al., (2012), que demonstraram que o envelhecimento resiliente se relaciona, entre outros fatores, com uma atitude positiva. Com efeito, o presente estudo identificou os afetos positivos como os preditores de resiliência neste grupo de idosos.

Não obstante, torna-se importante refletir sobre a importância do suporte social, uma vez que na literatura científica da área, esta variável é apontada como relevante, no sentido de que quanto maior o suporte social, maiores os resultados ao nível da resiliência (Ferreira et al., 2012). Neste sentido, pode referir-se que um dos três principais fatores na definição de envelhecimento bem-sucedido é a manutenção do relacionamento social. Efetivamente, também na presente investigação os resultados indicam que, quanto maior o suporte social percebido (quer ao nível da quantidade, quer da qualidade), mais resiliência os idosos apresentam. Não obstante, ao analisar o modelo preditivo, verificamos que o suporte social não apresenta resultados estatisticamente significativos na predição da resiliência dos idosos, o que se poderá justificar na medida em que, apesar de estas variáveis se relacionarem mutuamente, não existe uma relação de influência entre elas, ou seja, o suporte social, por si só, não prediz uma maior resiliência, o que também está em consonância com as teorias sobre a resiliência que postulam que esta tem na sua base um conjunto diversificado de diversos fatores de proteção que equilibram os fatores de risco (Martins, 2015; Shoaib et al., 2011).

Importa, ainda, referir a Teoria do Desenvolvimento e do Envelhecimento de Baltes (*life-span*) (Baltes & Smith, 2009), e as atuais teorias contextuais desenvolvimentais que defendem que

embora prevaleçam as perdas nesta etapa de vida, o desenvolvimento e o envelhecimento são processos que ocorrem ao longo do ciclo de vida (Martins, 2015). De facto, o desenvolvimento do idoso vai depender de variados fatores (e.g., contextos, eventos normativos ou inesperados), mas processa-se de forma multidimensional e multidirecional, através de ganhos e perdas. Aliás, é defendido que mesmo no envelhecimento, o desenvolvimento não é apenas feito de declínios, mas também de crescimentos (Freund & Baltes, 2009; Martins, 2015).

Deste modo, é necessário que o idoso seja ativo no decorrer da sua velhice, pois, tal como Baltes e Smith (2009) referem no metateoria denominada Seleção, Otimização e Compensação, o envelhecimento bem-sucedido processa-se através da maximização de ganhos e da minimização de perdas (Freund & Baltes, 2009). Este modelo postula que os idosos podem envelhecer de um modo mais positivo, quando ao se depararem com alterações nos seus recursos cognitivos e comportamentais, através da seleção do que é realmente importante e da sua posterior otimização, com eventuais compensações, ajustando as suas expectativas de forma a permitir a manutenção da satisfação.

Tendo como referencial os presentes resultados, poderemos sugerir que os afetos positivos, nesta amostra de idosos, operam como mecanismo de otimização, com vista à manutenção de elevados níveis de resiliência que se constitui como a capacidade de equilibrar as perdas, ou seja, a compensação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as perspetivas nacionais e internacionais o número de idosos em breve superará o número de jovens por todo o mundo. À medida que o século XXI avança, a maioria dos países experimentará uma queda no número de filhos nascidos de cada mulher, prevendo-se que no final do século, a idade média de todo o mundo terá mudado de modo que os idosos superarão os jovens. Com o aumento da esperança média de vida da população, tornou-se um desafio para a geração mais nova lidar com as questões ligadas aos idosos, sendo que a institucionalização tem vindo a ser uma opção muito recorrente. Assinale-se que Portugal é o 4.º país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas (DGS, 2017), ultrapassado apenas pela Grécia, Alemanha e Itália.

Decorrente do que foi apresentado, é importante reconhecer o papel que os idosos ainda podem desempenhar nas sociedades e economias atuais e futuras e garantir que as instituições e estruturas os capacitem para contribuírem plenamente nas suas famílias e comunidades (Harper, 2016). É, portanto, fundamental que a sociedade tenha em consideração a necessidade de se preparar para o envelhecimento, ou seja, para que esta etapa do ciclo vital possa ser vivida com maior qualidade, procurando-se otimizar as capacidades dos idosos. Estas preocupações estão patentes na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável – 2017-2025 (DGS, 2017), em que é salientado que, não obstante o aumento da longevidade da população portuguesa seja uma realidade, a qualidade dos anos de vida ganhos ainda tem muito que ser melhorada.

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida, em resposta aos desafios da longevidade e o envelhecimento da população, deve constituir-se como uma das prioridades políticas e comunitárias de forma a garantir a saúde, a qualidade de vida e a realização plena da dignidade dos idosos.

O presente estudo teve como principal objetivo analisar as relações entre a resiliência, a percepção de saúde, o bem-estar subjetivo e psicológico e o suporte social e a sua contribuição na adaptação ao envelhecimento em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. Quatro importantes conclusões emergiram deste estudo, nomeadamente:

- Idosos com maiores níveis de resiliência apresentaram atitudes mais positivas em relação ao envelhecimento (bem-estar psicológico);
- Idosos com uma percepção mais positiva da sua saúde, revelaram níveis mais elevados de resiliência e atitudes mais positivas perante o envelhecimento;
- À medida que a idade aumenta, os idosos apresentam atitudes menos positivas em relação ao envelhecimento, maiores sentimentos de insatisfação solitária e uma percepção menos positiva da sua saúde;
- Os idosos não institucionalizados revelaram atitudes mais positivas face ao envelhecimento e percepções mais positivas sobre sua saúde.

Consubstanciando os resultados obtidos, pode avançar-se que na presente amostra a institucionalização tende a ser um fator de risco para os idosos, sendo que os resultados mais positivos são encontrados nos idosos não institucionalizados, dado este extremamente importante e que deve ser tido em atenção. Um importante fator de resiliência pode ser o sistema de apoio familiar dos idosos não institucionalizados, sendo que o apoio familiar ao responder às suas necessidades financeiras, sociais e emocionais, permite que os idosos consigam mais facilmente recuperar das adversidades, em comparação com os idosos institucionalizados que têm menor suporte da família. O apoio familiar e a companhia dos filhos detêm um impacto positivo nos idosos. Portanto, esse sentimento de pertença à família pode contribuir para a sua resiliência, permitindo-lhes melhores capacidades para lidarem com os eventos stressantes com mais sucesso, dado este corroborado por Zheng et al. (2020), que assinalam o apoio filial como mediador da resiliência e satisfação com a vida nos idosos.

Diversos estudos evidenciam que os idosos que se encontram a viver em lares de terceira idade apresentam mais sintomas depressivos, sendo que as razões avançadas se relacionam com o estar separado da família, a falta de privacidade e a carência de um cuidado especial, de amor e afeto. Neste sentido, Venkatesan e Ravindranath (2011) destacam que as circunstâncias que cercam os idosos são fatores críticos durante a vida em instituições e podem facilmente afetar a sua qualidade de vida.

Desta análise surgem algumas possibilidades de intervenção para a desconstrução deste tipo de imagens negativas. Este estudo pode ser uma importante contribuição para instituições que cuidam de idosos, pois o processo de institucionalização tem que ter necessariamente em consideração a qualidade de vida dos idosos, bem como seu bem-estar holístico. É crucial que os lares de idosos e centros de dia, priorizem mais do que apenas a satisfação das necessidades básicas (por exemplo, alimentação, higiene), tendo em atenção atividades que visem a sua educação, entretenimento, atividades de lazer, entre outras. Estes não devem ser organizados apenas para garantir uma boa “sobrevivência” mas, acima de tudo, devem preocupar-se com a qualidade de vida dos idosos. É necessário construir uma perspetiva mais positiva e informada, no sentido de desmistificar estereótipos negativos muitas vezes associados à velhice, o que pode ser feito através da educação sobre o processo de envelhecimento e da promoção de redes intergeracionais. É

necessário ainda um investimento no estabelecimento das relações sociais, tanto dentro da instituição, quanto na comunidade e sobretudo na família, sendo que os idosos institucionalizados e não institucionalizados precisam de ambientes onde possam continuar a desenvolver-se e a viver a sua vida, mantendo-se ativos e saudáveis, encorajando a sua contribuição na comunidade (Chisholm et al., 2020; Fullen et al., 2018).

Diversas limitações do presente estudo devem ser destacadas. Em primeiro lugar, a nossa pesquisa foi conduzida apenas na região sul de Portugal. Embora haja uma especificidade cultural de configurações de lares de idosos, há que ter atenção o generalizar os nossos resultados. Foram utilizados instrumentos respondidos pelos idosos, de autorrelato, sendo que estes não estão isentos de limitações, como relatos imprecisos e viés de desejabilidade social. Outra importante limitação advém do menor número de participantes do género masculino impedir análises baseadas em subgrupos de género. Outra limitação está relacionada com a amplitude de idades, sendo que o número de sujeitos pelas diferentes idades dificultou a organização de grupos por intervalos etários. Importa ainda referir que, embora tenhamos hipotetizado relações causais no modelo por nós definido, a natureza transversal do estudo dificultou apresentarmos conclusões causais. A última limitação é que não foi efetuada uma análise mediacional. Teria sido importante analisar algumas variáveis que podem funcionar como mediadoras de uma maior resiliência e maior satisfação face ao envelhecimento e institucionalização, sugerindo-se o seu estudo em pesquisas futuras. Aliás, é nosso entender que pesquisas futuras devem ter em atenção as limitações identificadas.

Não obstante tal, os resultados encontrados encorajam o desenvolvimento de novas formas de pensar a vida nos lares de idosos, ressaltando o importante papel que estes devem ter, assumindo intervenções que apoiem o desenvolvimento de comportamentos de promoção de saúde e qualidade de vida, otimizando os recursos emocionais, psicológicos e institucionais para o desenvolvimento da resiliência e qualidade e satisfação com a vida no envelhecimento.

Fundamental ainda a promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, melhorando o acesso aos serviços de saúde e de cuidado; incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas, através de uma educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde. Importa ainda incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas, apoiando o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas e fomentar a investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável.

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M. & Igarashi, H. (2015). Successful, optimal, and resilient aging: A psychosocial perspective. In P.A. Lichtenberg & B. T. Mast (Eds), *APA Handbook of clinical Geropsychology*, (pp. 331-359). Washington: American Psychological Association.
- Ambriz, J. G. M., Izal, M., & Montorio, I. (2012). Psychological and social factors that promote positive adaptation to stress and adversity in the adult life cycle. *Journal of Happiness Studies*, 13, 833-848. <https://doi.org.10.1007/s10902-011-9294-2>

- Akatsuka, E., & Tadaka, E. (2021). Development of a resilience scale for oldest-old age (RSO). *BMC Geriatrics*, 21(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02036-w>
- Akinola, S. (2020). COVID-19 has worsened ageism. Here's how to help older adults thrive. Shaping the future of health and healthcare. *World Economic Forum* <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-has-worsened-ageism-here-s-how-to-help-older-adults-thrive/~>
- Argyle, M. (2003). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation. <http://books.google.pt/>
- Azaiza, F., Rimmerman, A., Araten-Bergman, T., & Naon, D. (2006). Consideration of out-of-home placement among Israeli Jewish and Arab parents of children with disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29, 113-116. <http://cirrie.buffalo.edu/database/37296/>
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, Death Anxiety, and Depression Among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111-130. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.852.9439&rep=rep1&type=pdf>
- Baltes, P. & Smith, J. (2009). Lifespan Psychology: From Developmental Contextualism to Developmental Bicultural Co-constructivism. *Research in Human Development*, 1, 123-144. https://doi.org/10.1207/s15427617rhd0103_1
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. https://www.researchgate.net/publication/267379489_Adaptacao_dos_Idosos_Institucionalizados
- Chisholm, L., Zhang, N. J., Hyer, K., Pradhan, R., Unruh, L., & Lin, F. C. (2018). Culture Change in Nursing Homes: What Is the Role of Nursing Home Resources?. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 55, 46958018787043. <https://doi.org/10.1177/0046958018787043>
- de Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., & Magno, M. B., Maia, L.C., Cavalcanti, L. M., & Rodrigues-Garcia, R.C. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(44), 2-25. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality*, 49, 71-75. http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável – 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. [National Strategy for Active and Healthy Aging – 2017-2025. Interministerial Working Group Proposal]. Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. [Resilience in elderly people assisted in the Primary Health Care Network in a municipality in northeastern Brazil]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200009>
- Fontes, A. P. & Neri, A. L. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. Resiliência e velhice: revisão de literatura. [Resilience and old age: literature review. Resilience and old age: literature review]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>
- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Maria Elena Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. [Psychological resilience: a protective factor for the elderly in the outpatient setting]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 7-17. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>

- Fortes, T., Portuguese, M., & Argimon, I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. [Resilience in the elderly and its relationship with socio-demographic variables and cognitive functions]. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400006>
- Fredrickson, B. (2003). The Value of Positive Emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91, 330-335. https://www.americanscientist.org/sites/americanscientist.org/files/20058214332_306.pdf
- Freund, A., & Baltes, P. (2009). Hacia una teoría del envejecimiento con éxito. Selección, optimización y compensación. In Fernández-Ballesteros (Eds.), *PsicoGerontología – Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 311-329). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fullen, M. C., Richardson, V. E., & Granello, D. H. (2018). Comparing successful aging, resilience, and holistic wellness as predictors of the good life. *Educational Gerontology*, 44(7), 459-468. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1501230>
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. Pais (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-estar subjetivo. [History and Evolution of the Concept of Subjective Well-being]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214. https://www.researchgate.net/publication/37650194_Historia_e_Evolucao_do_Conceito_de_Bem-Estar_Subjectivo/stats
- Griffin, P., Mroczek, D., & Spiro, A. (2006). Variability in affective change among aging men: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 40, 942-965. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.09.011>
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology*, 8, 2003. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Gooding, P., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Hayat, S. Z., Khan, S., & Sadia, R. (2016). Resilience, Wisdom, and Life Satisfaction in Elderly Living with Families and in Old-Age Homes, *Pakistan Journal of Psychological Research*, 31(2), 475-494. <http://www.pjprnip.edu.pk/pjpr/index.php/pjpr/article/view/375/393>
- Harper, S. (2016). *How Population Change Will Transform Our World*. Oxford: Oxford University Press.
- Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. [Reflections on social support network as a mechanism for protecting and promoting resilience]. *Ambiente & Sociedade*, 17(3), 135-154. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>
- Júnior, E. G. S., Eulálio, M. C., Souto, R. Q., Santos, K. L., Melo, R. L. P., & Lacerda, A. R. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. [The capacity for resilience and social support in urban elderly]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 7-16. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.32722016>
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *The Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89. <https://doi.org/10.1093/geronj/30.1.85>
- Martin, A. S, Distelberg, B, Palmer, B. W, & Jeste, D.V. (2015). Development of a new multidimensional individual and interpersonal resilience measure for older adults. *Aging Mental Health*, 19(1), 32-45. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.909383>
- Martins, M. H. V. (2011). Adaptação e validação do Inventário Measuring State and Child Resilience, [Adaptation and validation of the Measuring State and Child Resilience Inventory]. *Atas do VIII*

Congresso Iberoamericano de Avaliação / Evaluación Psicológica, XV Conferência de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, realizada de 25 a 27 de Julho de 2011, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

- Martins, M. H. (2015). Envelhecimento e Resiliência: perspetivas para a reabilitação do idoso. [Aging and Resilience: perspectives for the rehabilitation of the elderly]. *Cadernos do GREI – Grupo de Estudos Interdisciplinares Giordano Bruno*, 10, ISBN:978-989-98670-9-3. <https://doi.org/10.1314/RG.21.3802.3209>
- MacLeod, S., Musich, S. Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-72. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Paiva, J. (2008). *Qualidade de Vida dos seniores: Estudo comparativo entre as três freguesias do concelho de Portimão*. [Quality of life for seniors: Comparative study between the three parishes of the municipality of Portimão]. [Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Coimbra], Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos. <http://www.cpihts.com/PDF07/Joana%20Lopes%20Paiva.pdf>
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). [The Social Support Questionnaire: Adaptation and validation of the Portuguese version of the Social Support Questionnaire (SSQ6)]. *Psychologica*, 30, 315-333.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. [Life satisfaction in the elderly]. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. [Satisfaction and Quality of Life in Portuguese Elderly People.] In Paúl, C., & Fonseca, A. (eds.), *Envelhecer em Portugal – Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 75-95). Climepsi Editores. Lisboa.
- Pimentel, M., Fernandes, H., Afonso, C., & Bastos, A. (2019). Importance of social network for the successful aging and health of the elderly. *Journal of Aging & Innovation*, 8(1), 68 – 84. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5JAIV8E1.pdf>
- PORDATA (2020). *Retrato de Portugal, Edição 2020*. [Portrait of Portugal, 2020 Edition]. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Retratos/2020/Retrato+de+Portugal-85>
- Schilling, O. K., & Wahl, H. W. (2006). Modeling late-life adaptation in affective well-being under a severe chronic health condition: the case of age-related macular degeneration. *Psychology and aging*, 21(4), 703–714. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.703>
- Shoab, M., Khan, S., & Khan, H. M. (2011). Family support and health status of elderly people: A case study of district Gujrat, Pakistan. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 10(4), 519-525. [http://idosi.org/mejsr/mejsr10\(4\)11/17.pdf](http://idosi.org/mejsr/mejsr10(4)11/17.pdf)
- Silva, S. (2009). *Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos*. [Quality of Life and Psychological Well-Being in the Elderly].[Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciências Humana e Sociais]. Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). [Further validation of a life satisfaction scale (SWLS)]. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 503-515.
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19(3), 192–200. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.986647>
- Tay, P. & Lim, K. K. (2020). Psychological Resilience as an Emergent Characteristic for Well-Being: A Pragmatic View. *Gerontology*, 66(5), 476–483. <https://doi.org/10.1159/000509210>

- Venkatesan, S., & Ravindranath, A. (2011). Depression in institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 37(1), 53-59. http://www.jiaap.org.in/Listing_Detail/Logo/7ae42fc3-43bd-41d5-a383-d1810063b858.pdf
- Wiles, J. L., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine* (1982), 74(3), 416–424. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.005>
- World Health Organization (WHO). (1998). *Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79503>
- Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: Results from the English longitudinal study of ageing. *Quality of Life Research*, 18(10), 1301-1309. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9543-6>
- Zadworna, M., & Kossakowska, K. (2021). Health behavior among Polish institutionalized older adults: the effect of resiliency mediated by satisfaction with life. *Journal of Public Health*, 29, 725–733 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01301-3>
- Zapater-Fajará, M., Crespo-Sanmiguel, I., Pulopulos, M. M., Hidalgo, V., & Salvador, A. (2021). Resilience and Psychobiological Response to Stress in Older People: The Mediating Role of Coping Strategies. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 632141. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.632141>
- Zheng, W., Huang, Y., & Fu, Y. (2020). Mediating effects of psychological resilience on life satisfaction among older adults: A cross-sectional study in China. *Health and Social Care in the Community*, 00, 1–10. <https://doi.org/10.1111/hsc.12965>

CONFINAMENTO SANITÁRIO E EXPERIÊNCIAS RESTAURADORAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM IDOSOS PORTUGUESES

SANITARY CONFINEMENT AND RESTORATIVE EXPERIENCES:
EXPLORATORY STUDY IN PORTUGUESE ELDERLY

Jacinta Fernandes¹, Cátia Sousa^{1,2} & Gabriela Gonçalves^{1,2}

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVII • ISSUE FASCÍCULO 2
1ST JULY JULHO - 31ST DECEMBER DEZEMBRO 2021 • PP. 49-72

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.3>.

Submitted on 04.12.20 Submetido a 04.12.20

Accepted on 20.02.21 Aceite a 20.02.21

Resumo

Até 2020, o confinamento tinha sido uma realidade não vivenciada pela generalidade das pessoas. Como lidaram emocionalmente as pessoas com o confinamento pandémico associado à COVID-19, de forma a experienciar emoções positivas e, conseqüentemente, a manter a sua saúde mental? Neste estudo descritivo pretendeu-se explorar qual o contributo de diferentes atividades diárias, particularmente de atividades de contacto com ambientes restauradores e de experiências restauradoras, para o bem-estar de indivíduos sénior confinados em Portugal devido à pandemia COVID-19. Analisaram-se os conteúdos dos diários de quatro portugueses maiores de 60 anos ($M_{Idade} = 69$ anos), realizados durante seis dias do primeiro confinamento sanitário associado à COVID-19 em Portugal. Foram reportadas predominantemente emoções positivas associadas às atividades cotidianas, constituindo as atividades ocupacionais a parcela dominante. Atividades artístico-culturais, contactos sociais e atividades de contacto com a natureza apareceram predominantemente associadas a emoções positivas e as atividades relacionadas com o (tele)trabalho e tarefas domésticas tendencialmente associados a emoções negativas. As notícias foram responsáveis por grande parte das emoções negativas. Um dos tipos de atividades diárias considerada como a mais agradável e escolhida como estratégia consciente para lidar com as maiores dificuldades cotidianas, o contacto com a natureza, mostrou ter um elevado potencial restaurador do bem-estar percebido. Apesar da amostra reduzida, os resultados evidenciaram o potencial das experiências que decorrem em ambientes de proximidade com a natureza na regulação emocional ou restauração do bem-estar psicológico, e também na restauração da capacidade de atenção, em tempos de confinamento sanitário.

Palavras-chave: confinamento; pandemia COVID-19; portugueses seniores; ambiente restaurador; experiência restauradora.

1 Universidade do Algarve, Faro, Portugal

2 Centro de Investigação em Psicologia (CIP/UAL)

Financiamento: Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto CIP/UAL – Ref^a UID/PSI/04345/2020

Abstract

Confinement has been a condition not already experienced by most of the people until 2020. How had people emotionally coped with the COVID-19 pandemic confinement to experience positive emotions and, therefore, to keep their mental health? In this descriptive study it was intended to explore how daily activities, in particular contact with restorative environments and restorative experiences, contributed to the well-being of senior individuals confined in Portugal due to the COVID-19 pandemic. The contents of the diaries of four Portuguese people over 60 years of age ($M_{age} = 69$ years) were analyzed during six days of the first sanitary confinement associated with COVID-19 in Portugal. Participants predominantly reported positive emotions associated with their daily activities, in which occupational activities constituted the dominant portion. Artistic-cultural activities, social contacts, and activities in contact with nature, appeared predominantly associated with positive emotions. Activities related to (tele)work and domestic tasks tend to be associated with negative emotions, with news being responsible for a large part of the negative emotions reported. Contact with nature activities were being one of the types of daily activities often considered by participants the most pleasant, and even chosen as a conscious strategy to deal with daily difficulties. In spite of the small sample size, results evidenced the emotional regulator/restorative potential of the psychological well-being of experiences that take place in nature related environments during periods of sanitary confinement, and also their effect in restoring the capacity for attention.

Keywords: confinement; COVID-19 pandemic; Portuguese senior; restorative environments; restorative experiences.

Introdução

As restrições à mobilidade, distanciamento social e medidas de confinamento associadas à pandemia COVID-19 alteraram a vida cotidiana das pessoas. Muitos viram a sua vida social reduzida e limitada às pessoas com as quais coabitam (e.g., Rodriguez-Rey et al., 2020); o período de confinamento conduziu a um aumento da solidão e de atividades sedentárias (e.g., López-Bueno et al., 2020). Vários estudos referem-se a outros efeitos associados ao confinamento pandémico, tais como alterações de humor e da saúde mental, aumento do tédio, frustração (e.g., Fleming et al., 2020; Wang et al., 2020) e medo (Bitan et al., 2020), a aumentos da ansiedade, preocupações financeiras e solidão, mas também no suporte social percebido (Tull et al., 2020), e a efeitos sobre os níveis de stresse, embora variáveis de país para país, de acordo com o tipo de medidas oficiais adotadas (Brooks et al., 2020).

Embora esta crise de saúde seja global e transversal a todos os grupos etários, a idade foi desde cedo considerada como o fator que representa maior risco de mortalidade associada à doença: idade igual ou superior a 60 anos, especialmente em comorbilidade com doenças crónicas cardiovasculares e do aparelho respiratório (Caramelo et al., 2020). Ora, se a perda quantitativa nas relações sociais é comum em pessoas idosas (e.g., Office et al., 2020), e se na população sénior, cujos índices de isolamento social e solidão são, em situação de não pandemia, elevados (e.g., Courtin & Knapp, 2015; Fässberg et al., 2012; Leigh-Hunt et al., 2017), nesta

situação pandémica e de confinamento, esse isolamento inevitavelmente aumentou. De acordo com Santini e colegas (2020), várias características associadas ao isolamento social, como a desconexão social, aumentam o risco de isolamento social percebido, conduzem a sintomas de ansiedade, depressão e stresse, sobretudo em idosos. Assim, e a par dos problemas de saúde física, a COVID-19 trouxe consigo outras adversidades a este grupo de indivíduos. Os riscos de contágio associados e as medidas restritivas impostas, especialmente a distância social e o confinamento em casa, vieram a constituir-se como fatores de stresse adicionais, e nunca antes vivenciados para a maioria das pessoas, mas com especial relevo para os de idade mais avançada.

A vida em confinamento está associada ao isolamento total ou parcial do mundo exterior, e, portanto, à redução substancial dos contactos sociais e dos afetos, bem como à impossibilidade do contacto ou proximidade com a natureza. Locais como prisões, submarinos, *bunkers* militares, estações científicas polares ou estações espaciais, podem ser classificados como ambientes confinados. O estudo de ambientes confinados e da vida em ambientes confinados, apesar de ser uma área pouco explorada até agora, evidencia que, quando as pessoas se vêm forçadas a viver e permanecer durante algum tempo em locais confinados, estão sujeitas a fatores de stresse que potencialmente afetam o seu bem-estar (Beldade, 2015; Krins, 2009). Por exemplo, um estudo de Brasher e colegas (2010) revelou cronicidade de stresse em trabalhadores de submarinos, relativamente aos de navios. Em contrapartida, um largo conjunto de estudos tem vindo a mostrar que a interação com ambientes naturais e espaços verdes está associada a um vasto conjunto de benefícios para a saúde, contribuindo positivamente para o bem-estar, físico e mental. A interação com espaços naturais ou naturalizados, ou a mera exposição a estes, melhora o funcionamento cognitivo e emocional, reduz o stresse e facilita a recuperação física e mental da doença (e.g., Bird, 2007; Bratman et al. 2015; Chen et al., 2018; Hartig et al., 2003; Hartig et al. 2014; Helbich et al., 2018; Yu et al., 2020).

Tais capacidades atribuídas aos cenários (*settings*) naturais são explicadas por duas teorias – a Teoria da Restauração da Atenção (ART, Kaplan & Kaplan, 1989) e Teoria da Recuperação ao Stresse (SRT, Ulrich et al., 1991). A ART explica como os ambientes naturais captam a atenção involuntária, facilitando a recuperação da fadiga mental (Hartig et al., 2014), dos recursos atencionais e das capacidades cognitivas (e.g., Berto, 2014; Kaplan & Kaplan, 1989). A SRT sugere que configurações naturais não ameaçadoras são evolutivamente preferidas. De acordo com Ulrich (1983, 1991), a preferência estética por ambientes naturais impulsiona os benefícios afetivo-emocionais e também os cognitivos. Ambientes visualmente prazerosos promovem a atenção involuntária, mais automática e espontânea e menos exigente em termos cognitivos do que a atenção voluntária, e, em consequência, promovem o afeto positivo e diminuem a excitação fisiológica, facilitando a recuperação do stresse e fadiga mental (e.g., Browning et al., 2020; Hunter et al., 2019; Ulrich et al., 1991). Os efeitos da interação ou exposição a ambientes naturais não ameaçantes, como por exemplo parques urbanos, jardins residenciais e florestas, estão organizados em três domínios (Markevych et al., 2017) – redução de danos, restauração de capacidades e construção e desenvolvimento de novas capacidades. A título de exemplo observam-se efeitos positivos na pressão sanguínea, batimento cardíaco, tensão muscular, níveis de cortisol, doenças respiratórias e alergias, tempos de cicatrização e recuperação de doença, estado de humor, entre outros (e.g., Hartig et al., 2003; Horiuchi et al., 2014; Park et al., 2010; Tsunetsugu et al., 2007). No contexto de ambientes confinados e extremos, também Beldade et al. (2015) observaram que em

10 elementos ausentes (e.g., família, comida, sair à noite) a necessidade de plantas surgia em quarto lugar. Apesar da variabilidade das metodologias usadas nos estudos e de algumas limitações que apresentam em termos metodológicos (e.g., Browning et al., 2020; Dzhambova et al., 2020), dos resultados emergem inegáveis efeitos benéficos para a saúde física, cognitiva e emocional, sejam relativos a espaços exteriores (jardins residenciais, hortas, parques urbanos, florestas, etc.), no interior das residências (hortas de varanda, plantas de interior, etc.) ou nos espaços de trabalho ou salas de aula (e.g., Beldade et al., 2015; van den Bogerd et al., 2021), de tal forma que os profissionais de saúde na Europa e América do Norte prescrevem “pílulas da natureza” (James et al., 2017).

Perante as dificuldades e adversidades que se impõem na vida, as pessoas recorrem a estratégias cognitivas e comportamentais que as ajudam a gerir tais adversidades e a manter ou recuperar o seu bem-estar social, físico e mental, ou seja, recorrem às designadas estratégias de *coping* (Dias & Pais-Ribeiro, 2018). De acordo com Folkman e Lazarus (1984), *coping* é definido como um conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para se adaptarem às circunstâncias adversas da vida, i.e., aos pensamentos e comportamentos adotados para enfrentar situações internas e externas de stresse. Na opinião de Theodorou e colaboradores (2021), a promoção de recursos psicológicos como as estratégias de *coping*, e nomeadamente o envolvimento com a natureza, deverá revelar-se uma tática de sucesso em contexto de crise como a atual. Estudos realizados no contexto pandémico atual têm focado os problemas de saúde e as estratégias de *coping* (e.g., Asmundson et al., 2020; Cai et al., 2020; Huang et al., 2020; Munawar & Choudhry, 2020; Savitsky et al., 2020), e mostrado não só um aumento da procura e da valorização de áreas verdes e naturais em várias partes do mundo (e.g., Grima et al., 2020; Venter et al., 2020), mas também que o contacto com a natureza pode contribuir significativamente para a promoção da saúde física e mental em contexto de confinamento associado à COVID-19, quer na população em geral (e.g., Grima et al., 2020; Heo et al., 2021; Hubbard et al., 2021; Poortinga et al., 2021; Pouso et al., 2021; Soga et al., 2021; Theodorou et al., 2021), quer em pessoas idosas (Corley et al., 2021).

Até 2020, viver em confinamento tinha sido uma realidade não experienciada pela generalidade da população do mundo ocidental. Como tal, a maioria das pessoas não terá desenvolvido, previamente, estratégias para lidar emocionalmente com situações de confinamento e experienciar emoções positivas, e, conseqüentemente, manter a sua saúde mental em tais condições. Como lidaram, então, as pessoas com as restrições impostas à mobilidade e com o distanciamento social inerentes ao confinamento pandémico? Nomeadamente, como lidaram os indivíduos mais velhos, aqueles com maior vulnerabilidade à doença, com o aumento do tempo passado em casa e a redução da vida social? Ou seja, em contexto de confinamento, em que tipo de atividades ocuparam as pessoas o seu tempo e como contribuíram estas atividades para o seu bem-estar? Que estratégias/recursos usaram as pessoas para experienciar emoções positivas e manter a sua saúde mental e qual o papel desempenhado pelas atividades de proximidade com a natureza, na mitigação de efeitos mentais adversos e na restauração do bem-estar durante um confinamento pandémico?

Num contributo para compreender estas questões, neste estudo descrevem-se as atividades cotidianas de indivíduos sénior (não institucionalizados) durante o primeiro confinamento pandémico associado à COVID-19 em Portugal e as emoções associadas ao desempenho dessas mesmas atividades. Descrevem-se também as estratégias adotadas para lidar com as principais

dificuldades percebidas de um cotidiano confinado, e, especificamente, refere-se o papel desempenhado pelas interações com ambientes restauradores no bem-estar emocional dos indivíduos, nomeadamente na restauração da capacidade de atenção e na recuperação psicofisiológica ao stress. O principal objetivo foi explorar a relação entre tipos de atividades desenvolvidas em contexto de confinamento e bem-estar emocional. Em particular, o estudo focou-se no contributo das atividades de contacto com ambientes restauradores e das experiências restauradoras no bem-estar emocional de indivíduos confinados. A literatura sobre o bem-estar de pessoas confinadas, tais como idosos institucionalizados, reclusos e militares, é vasta (e.g., Oliveira et al., 2021; Wardrop et al., 2021), mas pouco se conhece ainda sobre o papel das atividades diárias, e especialmente daquelas que envolvem contacto com ambientes restauradores, enquanto estratégia para vivenciar experiências emocionais positivas em contextos confinados. Apesar do presente estudo abordar vivências de confinamento associadas à situação pandémica, atual, e referentes a um pequeno grupo de pessoas, sénior, portuguesas, não institucionalizados, os resultados parecem fornecer indicações aplicáveis a outros contextos de confinamento e populações.

Método

Participantes

A inclusão de indivíduos no estudo obedeceu aos seguintes critérios: 1) mais de 60 anos de idade e na posse das suas capacidades autónomas de decisão e comunicação (escrita); 2) viver em Portugal durante o confinamento, em casa própria ou de/com familiares (ou seja, pessoas não institucionalizadas) e com espaço exterior (quintal, jardim, horta, terraço). Os participantes foram convidados a participar no estudo por contacto direto dos investigadores, recorrendo a uma lista de familiares e conhecidos. Dadas as limitações impostas pelo confinamento, os participantes foram contactados telefonicamente, e, após concordarem em participar no estudo, o consentimento informado e o formulário de participação foram-lhes enviados por *e-mail*. Os contactos seguintes foram efetuados via *e-mail*.

A amostra (de conveniência) é composta por quatro indivíduos com idades entre 62 e 82 anos (média da amostra = 69 anos), igualmente repartida entre géneros. Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa; dois residem na região centro, e dois na região sul. Três deles passaram o período de confinamento acompanhados; o quarto participante viveu só. Dois dos participantes são portadores de doença crónica (cardíaca e oncológica). Durante o período do estudo, dois dos indivíduos estavam no ativo (trabalhadores em teletrabalho), os outros dois reformados. Todos eles têm formação superior e vivem em ambiente urbanizado (dois na cidade, dois em pequenos aglomerados habitacionais). A área de espaço exterior associado às suas residências varia entre 30 e 4000 m² (Tabela 1).

TABELA 1*Caracterização sociodemográfica dos participantes*

	Idade	Género	Literacia	Estado civil	Trabalho	Companhia	Doença crónica	Local de Residência	Área exterior (m²)
P1	62	Feminino	Superior	Casada	Ativo	Marido, filha	Oncológica	Aldeia-Centro	100
P2	66	Masculino	Superior	Casado	Reforma	Esposa	Cardíaca	Cidade-Centro	4000
P3	82	Feminino	Superior	Viúva	Reforma	–	–	Cidade-Sul	200
P4	65	Masculino	Superior	Casado	Ativo	Esposa	–	Vila-Sul	30

Procedimento

Utilizou-se a metodologia de diário estruturado para o estudo dos eventos diários. O formulário de participação consistiu num breve questionário inicial para recolha de dados sociodemográficos dos participantes (idade, estado civil, literacia, situação perante o trabalho, doenças crónicas, área do espaço exterior, etc.) e no preenchimento de um diário durante seis dias, compreendidos dentro do período correspondente ao primeiro estado de emergência e calamidade declarado em Portugal devido à COVID-19, isto é, entre 19 de março e 4 de maio de 2020. O diário consistiu no registo e descrição das tarefas ou atividades levadas a cabo ao longo do dia, bem como das emoções/sentimentos associadas a esses acontecimentos/atividades, daquilo que mais gostaram em cada dia, da maior dificuldade e da forma como lidaram com ela.

O estudo foi previamente aprovado pela Comissão Ética do Centro de Investigação em Psicologia Comissão de Ética do CIP – Universidade Autónoma de Lisboa (Parecer 11/2020).

Análise e tratamento da informação

Foi usada uma análise essencialmente qualitativa (Denzin et al., 1994) da informação contida nos diários, na tentativa de captar em profundidade a forma como foi vivido e percebido o confinamento pelos indivíduos. Os conteúdos dos diários – texto em formato Word – foram analisados e a informação tratada através de análise temática de conteúdos (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006), possibilitando a identificação de padrões e facilitando a interpretação dos dados. Na análise de conteúdo e codificação da informação adotaram-se os princípios de codificação de Saldanha (2009). O recorte das unidades discursivas obedeceu ao critério temático e os temas emergentes foram identificados e organizados por dimensões, categorias e indicadores (Boyatzis, 1998). A codificação da informação e a matriz categorial foram validadas por três juízes (membros da equipa de investigação).

Um total de quatro dimensões, oito categorias e 29 indicadores foram considerados para efeitos da análise (Tabela 2). A codificação das quatro dimensões (Atividades, Emoções, Estratégias de *coping* e O que mais gostou) resultou diretamente dos diários. Os indicadores da dimensão Atividades correspondem a sete tipos distintos de atividades, agrupados em duas categorias. A codificação destes indicadores emergiu diretamente dos relatos dos participantes (Tabela 3). Não foram considerados os relatos de atividades relativas à satisfação de necessidades biológicas básicas, como sejam acordar, deitar ou ir dormir, alimentar-se (pequeno-almoço, almoço, jantar) e higiene pessoal diária.

TABELA 2*Dimensões, categorias e indicadores emergentes da análise de conteúdos*

Dimensão	Categoria	Indicador
Atividades	Trabalhos	Tarefas domésticas Teletrabalho
	Ocupações	Artístico-culturais Contacto com natureza Exercício físico em casa Contactos sociais Notícias
Emoções	Positivas	Tarefas domésticas Teletrabalho Artístico-culturais Contacto com natureza Exercício físico em casa Contactos sociais Notícias
	Negativas	Tarefas domésticas Teletrabalho Artístico-culturais Contacto com natureza Exercício físico em casa Contactos sociais Notícias
O que mais gostei	Atividades	Contactos com Natureza Contactos sociais Outras atividades
	Outros	Outros
Estratégias de <i>coping</i>	Atividades	Contactos com Natureza Contactos sociais Outras atividades
	Outras	Outras estratégias

A dimensão Emoções foi dividida em duas grandes categorias – as Emoções Positivas e as Emoções Negativas. Esta codificação que emerge diretamente das narrativas dos participantes, é baseada no modelo de duas dimensões do bem-estar afetivo (Russell, 1979, 1980) que considera as emoções como estando sistematicamente interrelacionadas e que balanceiam entre estados emocionais (emoções, afetos e sentimentos) positivos e negativos, normalmente designados de afetos positivos e negativos. Na Tabela 4 encontra-se a lista de expressões usadas pelos participantes, que foram classificadas como Emoções Positivas e Emoções Negativas para efeitos do estudo. Os indicadores específicos de cada uma destas categorias referem-se às emoções (positivas ou negativas) associadas a cada um dos indicadores da dimensão Atividades.

TABELA 3*Indicadores da dimensão Atividades: lista de atividades reportadas por indicador*

Indicador de Atividade	Atividades descritas
Teletrabalho	Dar aulas <i>online</i> ; correção de trabalhos de alunos; acompanhamento de alunos <i>online</i> ; ler artigos científicos; participar em reuniões por videoconferência; preparar reuniões; presidir a reuniões; fazer formação/cursos on-line;
Tarefas domésticas	Cozinhar; preparar refeições; fazer pão; por roupa a lavar; estender e apanhar roupa; dobrar e arrumar roupa; aspirar, varrer, limpar o pó; fazer camas; limpezas e lavagens; arrumações;
Artístico-culturais	Ver filmes e séries; ver TV; ler (livros, revistas, ensaios); escrever histórias; ouvir música; assistir concerto <i>on-line</i> ; bordar; tecelagem; fazer bricolage;
Contacto com a natureza	No espaço exterior público: passeios a pé ou de bicicleta no campo, na vila, na aldeia, na praia, à beira-mar; apanhar sol; ver o mar; No espaço exterior residencial: jardinar; tratar da horta; cavar; semear; mondar ervas daninhas; colher legumes; ver as plantas/flores; regar as plantas; mexer na terra; cuidar da piscina; passeios e caminhadas no quintal; estender e apanhar roupa Virtuais: ver documentários sobre a natureza;
Exercício físico em casa	Aula de ginástica <i>online</i> com PT; yoga e meditação (aula <i>online</i>); pilates (aula <i>online</i>); passeadeira;
Contactos sociais	Presenciais: visitas a e de vizinhos, familiares e amigos; convívio familiar; Remotos: contactos por telefone, videochamada, <i>e-mails</i> , <i>chats</i> e redes sociais.
Notícias	Ver e ouvir notícias na rádio e TV; ler jornais (digitais); acompanhar conferência de imprensa diária da DGS; assistir a programas televisivos sobre a COVID-19; ler artigos científicos sobre COVID

A dimensão designada O que mais gostei pretende avaliar qual das atividades diárias mais terá contribuído para o bem-estar subjetivo de cada indivíduo, em cada dia. A codificação das categorias e indicadores emergiu diretamente das narrativas. Foram consideradas duas categorias – Atividades e Outros; os indicadores Contactos com a natureza e Contactos Sociais destacam-se por serem os tipos de atividades predominantemente referidas, sendo as restantes agrupadas em Outras e aspetos de natureza mais cognitiva englobados na categoria Outros.

TABELA 4*Lista de emoções, conforme referidas pelos participantes, classificadas como emoções positivas e emoções negativas*

Emoções	Designações usadas/registadas
Positivas	Satisfeita; satisfeito; satisfação; Estimular os outros; Reconciliada com vida; reconciliada comigo; Sensação de liberdade; libertação; Foco; manter-me ocupada; canalizar energias positivas; Serena; tranquila; tranquilo; tranquilidade; calma; acalmar; relaxar; relaxado; relaxada; descontrair; Prazenteiro; feliz; alegria; contentamento; contente; animado; excitado; excitação; ativo; desportivo; perfeitamente; desperto; interessado; Entusiasmada; extraordinário; esperança.
Negativas	Apreensão; apreensiva; tristeza; triste; angústia; angustiada; monotonia; enfadada; aborrecido; preocupante; preocupação; preocupada; deprimida; cansada; arrastei-me; Agitação; tensa; dificuldade no foco; ansiosa; irritação; irritada; incerteza; medo.

A dimensão Estratégias de *coping* pretende captar as formas conscientes de cada um lidar com as maiores dificuldades percebidas em cada dia. A codificação desta dimensão emerge diretamente das narrativas e também está dividida nas mesmas duas categorias e quatro indicadores da dimensão “O que mais gostei”.

Foram estimadas as frequências absolutas e relativas de unidades discursivas atribuídas a cada indicador e categoria, por dimensão. A frequência absoluta corresponde ao total de registos (unidades discursivas) de cada indicador ou categoria; a frequência relativa corresponde à proporção (%) de registos de cada indicador (ou categoria) relativamente ao total de registos de cada categoria (ou dimensão). Os registos ou anotações dos participantes nos seus diários foram essencialmente de dois tipos – uns utilizaram um estilo mais descritivos e outros mais por tópicos. Assim, para efeitos de análise entendeu-se por unidade discursiva quer proposições completas (frases ou conjunto de frases), quer expressões simples (uma ou poucas palavras) desde que contivessem informação clara e objetiva (ex. “aula de pilates *online*”). As unidades discursivas da dimensão Emoções são quase todas do segundo tipo (uma ou poucas palavras), enquanto as das restantes dimensões são tendencialmente mais elaboradas (frases).

No que se refere às atividades de contacto com a natureza foi ainda realizada uma análise complementar ilustrativa dos efeitos restauradores percebidos. Codificaram-se as unidades discursivas em dois novos indicadores, tendo em consideração as duas dimensões fundamentais dos ambientes e experiências restauradoras de acordo com Kaplan e Kaplan (1989) e Ulrich et al. (1991) – restauração da atenção e recuperação ao stresse.

Resultados e Discussão

Em Portugal, a 18 de março de 2020 foi decretado o primeiro período de estado de emergência associado à COVID-19, que terminou a 4 de maio. Durante este primeiro confinamento, os participantes deste estudo envolveram-se diariamente em várias atividades – em média cerca de oito atividades reportadas por indivíduo por dia, para além das referentes à rotina diária de higiene pessoal e refeições. Dominam largamente as atividades ocupacionais (frequência relativa da categoria Atividades Ocupacionais = 71%), correspondendo menos de um terço (frequência relativa da categoria Trabalhos = 29%) ao cumprimento de tarefas “obrigatórias” mundanas (isto é, Tarefas Domésticas, frequência relativa = 20%) e de compromissos profissionais, ou seja, ao trabalho a partir de casa (frequência relativa de Teletrabalho = 9%). Na categoria Atividades Ocupacionais, as atividades de contacto com a natureza (22% do total de atividades reportadas) e as de carácter cultural-artístico (frequência relativa = 21%) foram os tipos dominantes, mas também ouvir e/ou ler notícias constituiu outro tipo de atividade relevante (frequência relativa = 16%). Os contactos sociais com família e amigos (remotos e presenciais) correspondem a 9% do total das atividades reportadas, e o exercício físico em casa a apenas 3% (Tabela 5 e Figura 1).

TABELA 5

Frequência absoluta de atividades reportadas por tipo de atividade: total (seis dias) por indivíduo, média diária por indivíduo e total da amostra

	Tele trabalho	Tarefas domésticas	Artístico-culturais	Contacto natureza	Exercício em casa	Contactos sociais	Notícias	Total/ ind	Média diária
P1	8	12	12	8	3	4	13	60	10
P2	0	3	12	9	3	1	2	30	5
P3	0	15	7	8	0	8	6	44	7
P4	10	8	9	17	0	4	11	59	10
Total	18	38	40	42	6	17	32	193	8

Associado ao desempenho destas atividades, os participantes reportaram predominantemente estados afetivos ou emocionais positivos: frequência relativa de emoções positivas de 73% e de emoções negativas de 27% (Tabela 6). Todavia, o envolvimento nas diferentes atividades parece contribuir de forma desigual para o bem-estar afetivo dos participantes: há atividades que foram associadas predominantemente a emoções positivas e outras a que os participantes associaram predominantemente emoções negativas (Figura 1). Tenha-se, todavia, em consideração que os diários (fonte de informação) se caracterizaram por uma grande disparidade de registos no que se refere às emoções: se por um lado, nem sempre os participantes associaram emoções às atividades reportadas, por outro lado, outras vezes registaram mais que uma emoção associada a uma só atividade, ou, ainda, a várias atividades descritas em conjunto associaram uma só emoção. Assim, é de esperar que, à análise de conteúdos e estimativa das frequências dos indicadores emocionais, esteja associada alguma incerteza, seguramente superior à associada aos restantes indicadores que fazem parte da presente análise.

FIGURA 1

Frequência absoluta de atividades e das respetivas emoções positivas e negativas associadas

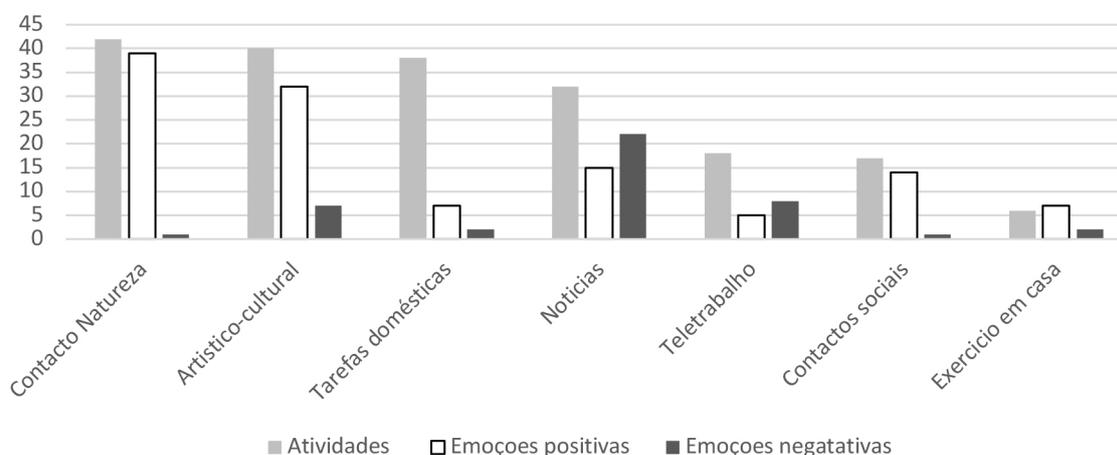


TABELA 6*Frequência absoluta de Emoções Positivas e Negativas por indicador de atividade*

	Tele trabalho	Tarefas Domésticas	Artístico-cultural	Contacto Natureza	Exercício em casa	Contactos Sociais	Notícias	Total
Emoções Positivas	5	20	32	39	7	14	15	132
Emoções Negativas	8	9	7	1	2	1	22	50
Total	13	29	39	40	9	15	37	182

A ler, ver e/ou ouvir notícias os indivíduos associaram maioritariamente emoções negativas (em 60% dos casos), o tipo de atividade que claramente mais contribuiu para reduzir o bem-estar afetivo destes indivíduos (44% das emoções negativas reportadas estão associadas a esta atividade). Alguns fragmentos das narrativas dos participantes ilustram esse impacto:

“Acordo e leio as notícias do dia [...]. A curva continua a crescer, a situação na Itália e em Espanha está a ganhar repercussões complicadas. Preocupação e apreensão!”

“Almoço, hora de ouvir o ponto da situação da pandemia – acompanhar a conferência de imprensa da DGS. Tristeza! A infeção continua a progredir.”

“A noite foi boa, acordei tranquila. As notícias é que são pesadas. Apreensão.”

“Hoje é domingo [...]. As notícias continuam duras.” (P1);

“Almocei, ouvindo o jornal da tarde [...]. O nº de pessoas infetadas subiu, assim como o número de mortes. Triste.” (P3).

As notícias foram também associadas a emoções positivas (40% dos casos, que representam 11% do total de emoções positivas reportadas). Por exemplo: P4 associou sempre “calma” ou “tranquilidade” à sua atividade diária de “Atualização da informação”, e P3 escreveu num dos dias que “a descida mais abrupta do que o habitual, relativamente a novos casos de infeção, dá alguma esperança”.

Os resultados indicam que também as atividades da categoria Trabalhos foram responsáveis por parte considerável das emoções negativas reportadas (34% do total de registos de emoções negativas). O cumprimento dos compromissos profissionais via teletrabalho (dois participantes que se encontravam no ativo) surgiu maioritariamente associado a emoções negativas (62% de todas as emoções associadas a teletrabalho), que correspondem a 16% de todas as emoções negativas reportadas (Tabela 6). Por exemplo “formação *online* sobre testes via internet” e “montagem de perguntas para próximo teste *online*” foram associadas a “angústia, agitação, irritação” e “aborrecimento” (P4). O efeito do teletrabalho na desregulação emocional está muito provavelmente subestimado, já que este foi o tipo de tarefa a que os participantes associaram menos vezes emoções, aparentemente para disfarçarem essa tendência através da omissão.

As seguintes palavras de um dos participantes: “Dispensei a empregada desde há um mês [...] Limpar continuamente a casa é uma tarefa pouco estimulante. Nas primeiras semanas fiz mudanças para tornar as coisas mais aliciantes. Agora já nem sei o que fazer. Monotonia.” (P1) – exemplificam emoções negativas associadas ao desempenho de tarefas domésticas (31% das emoções associadas a tarefas domésticas são negativas e correspondem a 18% do total de emoções negativas), apesar dos indivíduos associarem, a este tipo de atividade, maioritariamente

emoções positivas (69% emoções positivas, correspondendo a 15% de todas as emoções positivas) (Tabela 6 e Figura 1).

Contrariamente à tendência de afetos negativos surgirem associados a notícias, às restantes atividades ocupacionais foram associadas predominantemente emoções positivas. A atividades de contacto com a natureza e contactos sociais foram quase exclusivamente associadas a emoções positivas. Ao conjunto das atividades de contacto com a natureza e artístico-culturais corresponde a maior parcela relativa de emoções positivas (54% do total de emoções positivas) (Tabela 6).

Durante o confinamento grande parte das atividades cotidianas deixaram de decorrer presencialmente, e conseqüentemente diminuíram os contactos sociais das pessoas. Há ainda que juntar os efeitos das restrições impostas à circulação de pessoas e aos encontros sociais e familiares, que afastaram ainda mais as pessoas. A falta de contactos sociais presenciais foi em grande parte, e muitas vezes na totalidade, substituída por contactos remotos. Ainda que pouco frequentes, os resultados deste estudo mostram que contactos sociais presenciais foram sempre associados a emoções positivas (“Feliz” pois “Os netos acabaram de chegar!” – P1; “Entusiasmada” pois “Almoçámos, conversámos, comentámos o período que estamos a viver e a tarde depressa passou.” – P3; “Contente” pela “Visita dos filhos e convívio familiar” – P4), mesmo quando as regras de distanciamento social, que afetou muito especialmente a população sénior por se considerar a mais vulnerável à doença, impuseram novas formas de estar na presença de outros (“Ficámos conversando, eu junto à porta de entrada da minha casa, e ele [filho] encostado à parede do outro lado.” – P3). Os contactos sociais com familiares e amigos associaram-se predominantemente a emoções positivas (93% positivas e 7% negativas), e contribuíram muito mais para estados afetivos positivos do que negativos (representam, respetivamente, 11% do total de emoções positivas e 2% de emoções negativas).

À semelhança de outros países, em Portugal as pessoas das faixas etárias consideradas de maior risco à doença foram aconselhadas a ficar em casa; as refeições e medicamentos entregues à porta (Office et al., 2020), comunicações com filhos, netos ou outros familiares apenas através do telefone ou de plataformas de média social (e.g., *Facebook*, *Skype*, *Twitter*) passaram a caracterizar os seus contactos sociais. Também os seniores profissional e socialmente ativos, além das alterações no regime de trabalho (Office et al., 2020), viram-se privados das interações com as famílias, em particular com os netos e, em consequência, dos respetivos efeitos benéficos para o seu bem-estar (e.g., Quirke et al., 2019). Assim, como seria de esperar, as alterações impostas à vida cotidiana por este novo fator de stresse ligado à saúde (física), mostram ter afetado negativamente o bem-estar emocional dos indivíduos estudados. Até a Páscoa, que é tradicionalmente um dos momentos “altos” anuais de reunião familiar dos portugueses, em 2020 criou uma situação absolutamente nova e perturbadora para muitos portugueses, com destaque para os mais velhos, pois o confinamento em Portugal foi intensificado com medidas especiais para este período. Pois se é verdade que esta crise de saúde associada à pandemia de COVID-19 é global (de nível mundial) e transversal a todos os grupos etários, o facto de a idade representar maior risco de mortalidade associada à COVID-19 (Caramelo et al., 2020), também poderá associar risco acrescido no que se refere ao bem-estar emocional dos indivíduos seniores.

Também as atividades de carácter artístico-cultural apareceram associadas predominantemente a emoções positivas (82% positivas; 18% negativas), correspondendo a 24% de todas as emoções positivas (e a 14% das emoções negativas). Alguns exemplos ilustrativos: “bordar”

associado a “tranquilidade” e “satisfação (P1); ouvir música, ver filmes e leitura associados a “calma” e “tranquilidade” (P2, P3 e P4). E à prática de exercício físico em casa foram, de igual modo, associadas maioritariamente a emoções positivas (78% positivas; 22% negativas), pese, contudo, o acompanhamento virtual e as dificuldades que lhe podem estar associadas (e.g., “Aula de ginástica com PT por videoconferência. Hoje a ligação não foi perfeita, mas a aula correu bem.” – P1), mas que, ainda assim, corresponderam a momentos do dia nos quais o indivíduo confinado pode desfrutar de “uma sensação de quase normalidade” (P1).

As atividades de contacto com a natureza, repartidas igualmente pelo espaço público e espaço privado (real – campo, praia, aldeia, a vila piscatória; jardim, horta, piscina – e também virtual), foram associadas quase exclusivamente emoções positivas (98% positivas; 2% negativas), representando 30% de todas as emoções positivas contabilizadas. Por exemplo, passeios, ao ar livre, a pé ou de bicicleta foram associados a “Liberdade e procura do Eu” ou a “Descontrair” (P1), a “Animado e satisfeito” (P2), “Fez-me muito bem” (P3) e “Tranquilidade” (P4); ou jardinar associado a “Sensação de liberdade e libertação” (P1), a “Tranquilidade” e “Perfeitamente” (P2), a “Faz-me sentir bem” (P3) e a “Excitação” (P4).

A frequência com que as atividades de contacto com a natureza foram percebidas como o melhor momento do dia também dá indicações sobre o importante papel desempenhado por estas atividades no bem-estar dos indivíduos confinados. De todas as atividades e acontecimentos diários, foram as atividades de contacto com a natureza, o tipo que os participantes mais gostaram (frequência relativa = 46%) (Tabela 7). Alguns exemplos: “O tempo que passei no meu quintal, tratando das plantas”, “Assistir ao documentário A grande barreira de coral” (P3); “Apanhar sol”, “Ir ver o mar” ou “tratar da piscina” (P2); “Passeio pelas salinas” (P4). Os contactos sociais presenciais e remotos também ocuparam lugar de destaque entre as atividades preferidas (frequência relativa=42%); exemplos: “As mensagens dos meus netos”, e “O sorriso deslumbrante dos meus netos. A noite com eles” (P1); “Ter convivido com o meu irmão” e comemorado o 25 de abril com uma amiga (P3); contactos remotos com os alunos, a “videoconferência com a família” e “visita da família” (P4). Outros tipos de atividades ou aspetos diversos foram ainda referidos como o que melhor aconteceu em cada dia de confinamento (12% do total); como por exemplo: “Comer favas” ou a “Peça de tapeçaria que terminei hoje” (P1), “Leitura ao fim da tarde” (P4), mas também “Liberdade apesar do confinamento. Faço o que gosto e o que quero” (P2).

TABELA 7

“O que mais gostei hoje” e estratégias de coping, por tipo de atividade: Frequência absoluta de registos

	Atividades de contacto com a natureza	Contactos sociais	Outras	Total
O que mais gostei hoje	11	10	3	24
Estratégia de <i>Coping</i>	4	2	16	22

Além das indicações sobre o importante papel desempenhado pelas atividades de contacto com a natureza no bem-estar emocional, já descritas, os resultados também indicam que envolver-se consciente e deliberadamente neste tipo de atividades foi uma das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com os momentos difíceis (Tabela 7). As maiores dificuldades percebidas pelos

participantes são de caráter muito diverso, incluindo dificuldades de ordem física e técnica (como resolver problemas informáticos ligados ao teletrabalho), mas o que mais se destacou refere-se a dificuldades em lidar com as notícias sobre a evolução da pandemia em Portugal e no Mundo (Exemplos: “As mortes.” e as “notícias perturbadoras”; “Gerir os receios que povoam os meus pensamentos (negros).” – P1; “... como um pequeno vírus me impede de festejar coletivamente uma data tão importante para nós” – P3), mas também se referem à “monotonia dos dias e das semanas que se vão sucedendo” e à dificuldade em “gerir esta cadência de dias sem fim, não diferenciados, sem calendário” e à “incerteza do futuro” (P1). Entre as estratégias de *coping* usadas, predominam as de caráter cognitivo e comportamental, que correspondem a cerca de 70% das estratégias reportadas (Exemplos: “Tentando concentrar-me noutras atividades” e “fazer coisas diferentes sem me forçar” – P1; “Não ouvindo TV durante quase todo o dia” e cumprindo estritamente as “regras de distanciamento social para poder visitar amigos e familiares” – P3; “Concentração e intervalos a cada 15-20 minutos” e “Mecanizando procedimentos” – P4). Os contactos sociais e as atividades de contacto com a natureza destacam-se entre as atividades reportadas como estratégias de *coping*: as atividades de contacto com a natureza representam 18% dos casos reportados (“Apanhando ar! O privilégio de ter acesso à rua facilita as coisas.”; “Fui à rua. Fui andar.”; “Fazendo trabalho de exterior, mexendo na terra e indo andar.”; “Apanhar vento e sol na cara e maresia” – P1; “Intervalando com pequenos passeios” – P4) e os contactos sociais correspondem a 9% (“Falei com as amigas por videochamada” – P1 ou “Fui a casa da minha prima” – P3).

As poucas situações nas quais emoções negativas foram associadas a atividades de contacto com a natureza parecem ser consequência de situações anteriores, como sejam estar em situação de teletrabalho, “aborrecido”, “angustiado” e/ou “agitado”, e fazer uma pausa para um pequeno passeio. Estes casos indicam ter havido uma procura consciente da proximidade com a natureza como estratégia para lidar com a situação difícil, sem que o “curto intervalo para passeios” se tenha revelado suficientemente para restabelecer a regulação emocional (por exemplo, depois de um curto passeio pela aldeia, P1 diz uma vez ter ficado “mais calma”). Algo semelhante poderia ser dito relativamente às emoções negativas que foram associadas a atividades artístico-culturais (exemplos: “Arrastei-me toda a tarde entre TV e bordados” – P1; e “... quando fui para a cama, li, porque estava cansada e irritada” – P3).

Há ainda algumas narrativas que são ricas em descrever estratégias para lidar com as dificuldades cotidianas, sem que os participantes as tenham anotado diretamente como a estratégia para a dificuldade do dia. Nas unidades discursivas que a seguir se transcrevem, parece evidente que houve uma escolha deliberada e consciente de atividades de contacto com a natureza, como forma de lidar com um momento difícil do dia, ou com a dificuldade de gerir as emoções negativas associadas à situação pandémica e de confinamento que os participantes experienciavam. Exemplos: P1 – “Ida à horta para aliviar, mexer na terra e cheirar o seu odor”; “Reconciliada com a vida e comigo” após um passeio de 3,5 km; “mais serena” após passeio à beira-mar durante uma hora – “Andar fez-me bem. Sentir o vento, o sol e o cheiro do mar acalmou-me”; “Fui capinar na horta. Não dei pelas horas passarem. Precisava de gastar energia e de me focar em qualquer coisa. Fazer esforço.”; “Fazer força e gastar energia canalizando os pensamentos para estas tarefas e procurando aliviar os sentimentos mais negativos que me assolam”; P2 – O documentário “A grande barreira de coral” conseguiu afastar-me de toda a realidade difícil que estamos vivendo atualmente.”; P4 – Manhãs de teletrabalho “aborrecido” com “curtos passeios pelo meio”.

Os resultados apresentados são, globalmente, concordantes com os resultados de outros estudos recentemente publicados. Em primeiro lugar, tem havido indicações de um aumento da procura e da valorização de áreas naturais em tempos de COVID-19, isto é, indicações de terem as pessoas recorrido mais ao contacto com a natureza para lidar com o confinamento pandémico, apesar de ser esperado que a redução da mobilidade tivesse semelhante efeito no uso dos espaços verdes urbanos. Por exemplo, Venter e colaboradores (2020) estimaram um aumento muito significativo no uso dos espaços verdes urbanos e das atividades exteriores durante o confinamento parcial 2020, em Oslo, Noruega (quase 300% relativamente à média ponderada dos últimos três anos). E também Lu e colegas (2021) estimaram aumentos potenciais (cerca de 5%/semana) no uso dos espaços verdes urbanos de quatro grandes cidades asiáticas, sugerindo que as pessoas “escaparam para a natureza” para lidar com a pandemia. Nos EUA foram, igualmente, evidenciadas mudanças na importância percebida das áreas naturais em períodos de restrições associadas à pandemia (Grima et al., 2020). Há mesmo quem sugira que há evidências de uma substituição em larga escala dos tempos de lazer diversos por tempos de recreação em espaços verdes disponíveis (Day, 2020). Apesar de, no presente estudo, não ter sido avaliada a mudança nos hábitos cotidianos dos participantes, os resultados mostram que os contactos com a natureza ocuparam um lugar de relevo entre as atividades cotidianas durante o confinamento destes portugueses sénior. Será razoável assumir que este tipo de atividade terá passado a assumir uma importância acrescida na vida destas pessoas durante o primeiro confinamento pandémico das suas vidas. E, se os resultados de um estudo alargado sobre utilização de espaços verdes urbanos durante o confinamento de 2020, na Grã-Bretanha, indicam que a probabilidade de visitar espaços verdes foi significativamente menor nos indivíduos maiores de 65 anos relativamente aos de meia-idade (Burnett et al., 2021), o facto é que, no que diz respeito aos indivíduos sénior que constituíram a amostra do presente estudo, o envolvimento em atividades de contacto com a natureza não se limitou a atividades de exterior que decorreram no espaço público; pelo contrário, a frequência de atividades de jardinagem, que decorreram no espaço residencial, corresponde a metade do total de eventos de proximidade com a natureza.

O *distress* psicológico aumentou em indivíduos que vivem em meio urbano, em zonas privadas sem acesso a espaço exterior residencial e com menos visitas a espaços verdes públicos (Hubbard et al., 2021). Os jardins privados mostraram ter um efeito protetor em indivíduos sem acesso a um espaço verde público próximo, durante o primeiro pico da COVID-19 e da implementação de medidas mais restritivas (Poortinga et al., 2021). Os jardins domésticos podem ser considerados como um recurso potencial para a saúde durante a pandemia COVID-19 (Corley et al., 2021). Com as medidas restritivas impostas pelos governos para fazer face à pandemia COVID-19, as ruas das cidades ficaram desertas, as pessoas ficaram em suas casas e usaram os seus jardins privados, terraços e varandas, procurando proximidade com a natureza com proteção de potenciais fontes de contaminação. Também os nossos resultados evidenciam a importância que podem assumir os espaços verdes privados e os benefícios para o bem-estar das pessoas em situações de confinamento, embora tal evidência coloque simultaneamente questões relevantes de justiça ambiental.

Se, por um lado, os estudos sugerem que tanto espaços públicos como privados constituem importantes recursos para a saúde e bem-estar humanos em tempos de crise, pois ambos proporcionam atividades de contacto com a natureza, por outro lado, os períodos de confinamento pandémico tornaram mais visível, e potencialmente exacerbaram, as desigualdades no uso de

espaços verdes. A pandemia aumentou a visibilidade e valor percebido dos espaços exteriores privados, já que estes providenciam segurança física (no que respeita ao risco de contaminação) e, portanto, proporcionam conforto mental perante o isolamento (Jasiński, 2020). Na opinião deste autor, durante a pandemia tem-se assistido a uma erosão dos espaços públicos acompanhada de privatização; conseqüentemente, diferenças entre ricos e pobres aumentaram e o valor dos espaços privados continuará a subir.

A pandemia COVID-19 tornou mais evidente tais disparidades no acesso a espaços verdes e as fragilidades das populações mais vulneráveis. Dado os potenciais efeitos negativos da pandemia na saúde mental, o acesso a espaços verdes torna-se ainda mais vital para a saúde e bem-estar das pessoas. Como resposta a situações de crise de saúde pública, decisores políticos, gestores e planeadores do contexto urbano deverão equacionar as soluções para garantir um acesso apropriado e seguro de toda a população urbana a algum tipo de espaço (verde) que proporcione proximidade com a natureza (Banai, 2020; Karl et al., 2020; Slater et al., 2020; Soga et al., 2021). A crescente consciência da elevada probabilidade de ocorrência de outros surtos pandémicos (ou de outras crises globais que possam conduzir ao confinamento das populações), enfatizam a importância da disponibilidade a espaços verdes para todos em futuros confinamentos da população (Burnett et al., 2021; Uchiyama et al., 2020), e o planeamento e gestão destes espaços urbanos e peri-urbanos ganha maior acuidade com este surto pandémico. Refira-se ainda que, na impossibilidade de acesso direto a ambientes restauradores, a possibilidade de exposição a ambientes restauradores virtuais deverá ser equacionada (Imperatori et al., 2020; Riva et al., 2020; Yu, et al., 2020), eventualmente uma forma de atenuar o efeito da injustiça ambiental verde.

Estudos realizados em diversos países mostram que pessoas em confinamento restrito utilizaram o contacto com a natureza para lidar com a situação, e que as emoções foram mais positivas entre aqueles que tiveram acesso a espaços verdes exteriores e a elementos naturais nas suas vistas cotidianas (Pouso et al., 2021), ou que a frequência de utilização de espaços verdes e a presença de janelas com vista “verde” estão associados a aumentos na autoestima, satisfação com a vida e felicidade subjetiva, e a reduções nos níveis de depressão, ansiedade e solidão (Soga et al., 2021). O estudo da relação entre a jardinagem e o *distress* psicopatológico durante o confinamento associado à primeira vaga de COVID-19 em Itália, revelou que a jardinagem está associada a *distress* psicológico baixo, através da redução do *distress* associado à pandemia (Theodorou et al., 2021). Os resultados de um estudo, que decorreu na Escócia, durante os períodos de confinamento pandémico de 2020, indicaram associações significativas entre a frequência de jardinagem e a saúde física, mental e emocional, bem como na qualidade do sono, em indivíduos maiores de 70 anos com acesso a jardim doméstico (Corley et al., 2021). Apesar de não ser, o presente estudo, comparativo, este é outro aspeto em relação ao qual, os resultados apresentados se alinham com a literatura recente, na medida em que se encontraram evidências claras da associação entre o desempenho de atividades de contacto com a natureza e estados afetivos positivos, e também do papel desempenhado na regulação emocional via estratégia de *coping*.

Também estudos já anteriormente publicados mostraram que as plantas podem contribuir significativamente para o bem-estar de idosos institucionalizados com demência (Rappe & Lindén, 2002). Ambientes contendo plantas, esteticamente apelativos, que proporcionam possibilidades de envolvimento em atividades com sentido, de sociabilização promovem *coping* na vida de idosos institucionalizados (Rappe, 2005). Também a jardinagem e horticultura têm sido usadas como terapia em vários contextos e envolvendo diferentes grupos de indivíduos, como forma de

promoção da saúde e bem-estar (Davis, 1998; Rappe, 2005; Sempik et al., 2006). Uma revisão sistemática evidencia os efeitos positivos da jardinagem na saúde mental e benefícios nos domínios emocional, social e espiritual (Clatworthy et al., 2013). Os indivíduos estudados, portugueses seniores, não apresentavam demência, nem tão pouco se encontravam institucionalizados, mas os nossos resultados indicam claramente que a presença de plantas, no espaço residencial e as atividades que estas proporcionam, promoveram o bem-estar e o *coping* durante o confinamento dos participantes neste estudo.

Para além das evidências já apresentadas sobre o efeito benéfico das atividades de contacto com a natureza, que os resultados do presente estudo revelam, descrevem-se seguidamente, aspetos específicos do efeito restaurador percebido destas experiências de contacto com a natureza – a regulação psicofisiológica do stresse e a restauração da atenção. Assim, as idas ao quintal e à horta, “... o que me fez muito bem”, permitiram a P3 “afastar-me de toda a realidade difícil que estamos vivendo atualmente”, e a P1, “aliviar sentimentos mais negativos”, “canalizar energias positivas”, ficar “mais serena” e “reconciliada com a vida e comigo”, sentir “liberdade e libertação” e “procura do Eu”, demonstram o potencial de regulação psicofisiológica das experiências. Outros pequenos detalhes das narrativas, como sejam, “mexer na terra e cheirar o seu odor” quando está a jardinar, ou “sentir o vento, o sol e o cheiro do mar” e “apanhar sol e sentir o seu calor na minha pele” quando vai para o espaço público (P1), e “as minhas plantinhas estavam viçosas”, os patos, gansos e cisnes que nadavam no lago “andavam tão felizes e alheios a tudo”, ou “a grande variedade de árvores e outras plantas estão não só floridas como cheias de folhagem” (P3), são exemplos que ilustram restauração da capacidade de atenção.

A presença de tais efeitos específicos do contacto com ambientes restauradores e das experiências restauradoras que aí tiveram lugar reforça, no caso deste estudo, as evidências dos benefícios já descritos anteriormente. O modelo explicativo de Sempik e colegas (2003) assume que, nos humanos, há uma apreciação inata por ambientes naturais e que a apreciação da natureza, esse envolvimento passivo, facilita a restauração da atenção e a recuperação ao stresse, promovendo sentimentos de tranquilidade e paz. Além disso, as possíveis sinergias entre os diferentes benefícios para a saúde têm recebido crescente interesse pela pesquisa interdisciplinar. Evidências de estudos com foco na atividade física realizada em ambientes verdes e naturais, sugerem que o exercício verde pode estar mais positivamente associado ao aprimoramento do humor e ao bem-estar emocional do que a atividade física dentro de casa (Hug et al., 2009; Thompson et al., 2011) ou em outros ambientes ao ar livre (Barton & Pretty, 2010; Mitchell, 2013; Pasanen et al., 2014). Esses efeitos positivos têm sido relatados particularmente em associação com o exercício em ambientes naturais (Mitchell, 2013; Pasanen et al., 2014) e perto de espaços azuis, como lagos e áreas costeiras (Barton & Pretty, 2010; White et al., 2013). Espaços verdes e outros ambientes naturais são, conseqüentemente, visitados devido a níveis mais baixos de stressores ambientais e sociais, como ruído, trânsito e outras pessoas (Pasanen et al., 2018). Esses tipos de motivos têm sido caracterizados como motivos de “empurrão” para visitar ambientes naturais (Knopf, 1987). No entanto, a ausência de stressores não explica totalmente os benefícios restauradores associados aos ambientes verdes e naturais, mas as suas qualidades restaurativas também têm sido atribuídas a fatores de ‘atração’, ou seja, aspetos positivos e envolventes da natureza, como experiências estéticas agradáveis (Hartig et al., 2014). Na prática, esses motivos de ‘empurrar’ e ‘puxar’ são, no entanto, propensos a entrelaçarem-se (Browning et al., 2020; Hartig et al., 2014).

A amostra deste estudo foi constituída por indivíduos seniores a viver em casa própria e com espaço exterior privado associado à residência. Viver numa casa com espaço exterior privado não é a situação mais comum da população portuguesa, indicando que os presentes resultados têm uma representatividade limitada. Todavia, e independentemente das questões de natureza económica e social, ou seja, da injustiça na distribuição e acesso a tais recursos pela população em geral, estes resultados para além de trazerem luz sobre o que fizeram e como se sentiram indivíduos em Portugal durante o confinamento pandémico e perante as dificuldades decorrentes da situação, dão indicações claras sobre o importante papel desempenhado pelas experiências ou atividades que decorrem em ambientes restauradores, sejam eles públicos ou privados. Como outros autores sugerem (e.g., Ma et al., 2021; Pouso et al., 2021; Ugolini et al., 2021), os resultados deste estudo apontam para a necessidade de o planeamento urbano ser repensado (mais espaços verdes, de diferentes tamanhos dispersos no tecido urbano e suburbano), mas também a gestão de parques naturais e área protegidas, para que garantam um baixo risco percebido ou segurança elevada nomeadamente em futuras situações de crise sanitária, de modo a que cumpram a sua função de promover a saúde e bem-estar das pessoas. Além disso, e apesar do presente estudo abordar vivências de confinamento associado à atual pandemia, e referentes a um pequeno grupo de pessoas (sénior, portugueses, não institucionalizados), crê-se que os resultados dão indicações sobre o importante papel desempenhado pelas experiências de proximidade com a natureza no bem-estar emocional percebido que deverão ser aplicáveis a outros contextos de confinamento e outras populações ou grupos de indivíduos confinados.

Conclusões

Os resultados deste estudo mostram que, durante o primeiro período de confinamento sanitário associado à COVID-19, em Portugal, nas suas rotinas diárias as pessoas envolveram-se em diversas atividades, dominando as de natureza ocupacional, com destaque para as atividades de contacto com a natureza e artístico-culturais. Foram reportadas predominantemente emoções positivas associadas às suas atividades cotidianas, embora o envolvimento em diferentes tipos de atividades tenha contribuído de forma desigual para o bem-estar afetivo dos participantes: as notícias (sobre a pandemia) foram responsáveis por grande parte das emoções negativas reportadas e o (tele)trabalho também apareceu tendencialmente associado a emoções negativas; contactos sociais, atividades artístico-culturais, e especialmente, atividades de contacto com a natureza aparecem predominantemente associadas a emoções positivas.

Os resultados também indicam que, em situação de confinamento pandémico, as atividades de contacto com a natureza revelam elevado potencial restaurador do bem-estar percebido. Trata-se de uma das atividades frequentemente consideradas mais agradáveis no dia-a-dia dos participantes, também usada como estratégia para lidar com as maiores dificuldades cotidianas. Para além das evidências da capacidade de regulação emocional das experiências que decorrem em ambientes de proximidade com a natureza, encontraram-se indicações específicas sobre o potencial restaurador do bem-estar psicofisiológico e do efeito na restauração da capacidade de atenção.

Se os ambientes com características que promovem restauração do bem-estar psicológico já vinham a assumir uma importância crescente na vida das sociedades modernas dadas as

exigências impostas às pessoas pelo cotidiano, com a pandemia COVID-19 e o condicionamento sanitário associado, vivido por grande parte da população mundial, as experiências de contacto ou proximidade com a natureza ganham uma importância acrescida, e tornam-se numa oportunidade. Nesse sentido, os resultados enfatizam a importância que assumem a disponibilidade e acessibilidade a espaços verdes para futuros confinamentos. Os novos desafios colocados pela pandemia requerem respostas diversificadas, incluindo um repensar no planeamento e a gestão de espaços verdes (públicos e privados) que garanta, no futuro, mais justiça ambiental (verde) nas cidades e, portanto, ofereça maiores garantias de contribuir para saúde pública em períodos de crise sanitária.

Referências

- Asmundson, G., Paluszek, M., Landry, C., Rachor, G., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact covid-19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102271. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102271>
- Banai, R. (2020). Pandemic and the planning of resilient cities and regions. *Cities*, 106, 102929. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102929>
- Barton, J., & Pretty, J. (2010). What is the best dose of nature and green exercise for improving mental health? A multi-study analysis. *Environmental Science & Technology*, 44(10), 3947-3955. <https://doi.org/10.1021/es903183r>
- Beldade, J., & Fernandes, J. (2015). *Plantas e o bem-estar humano em ambientes extremos* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade do Algarve.
- Berto, R. (2014). The role of nature in coping with psycho-physiological stress: a literature review on restorativeness. *Behavioral Sciences*, 4, 394–409. <https://doi.org/10.3390/bs4040394>.
- Bird, W. (2007). Natural thinking: Investigating the links between the natural environment, biodiversity and mental health. *Report for Royal Society for the Protection of Birds*. http://ww2.rspb.org.uk/Images/naturalthinking_tcm9-161856.pdf
- Bitan, D., Grossman-Girona, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>
- Bogerd, N., Dijkstra, S., Koole, S., Seidell, J., & Maas, J. (2021). Greening the room: A quasi-experimental study on the presence of potted plants in study rooms on mood, cognitive performance, and perceived environmental quality among university students. *Journal of Environmental Psychology*, 73, 101557. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101557>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications, Inc.
- Brasher, K., Dew, A., Kilminster, S., & Bridger, R. (2010). Occupational stress in submariners: The impact of isolated and confined work on psychological well-being. *Ergonomics*, 53(3), 305-313. <https://doi.org/10.1080/00140130903067763>
- Bratman, G. N., Levy, B. J., & Gross, J. J. (2015). The benefits of nature experience: Improved affect and cognition. *Landscape Urban Planning*, 138, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2015.02.005>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Browning, M., Saeidi-Rizi, F., McAnirlin, O., Yoon, H., & Pei, Y. (2020). The role of methodological choices in the effects of experimental exposure to simulated natural landscapes on human health and cognitive performance: A systematic review. *Environment and Behavior*, 7(1), 1- 43. <https://doi.org/10.1177/0013916520906481>
- Browning, M., Mimnaugh, K., van Riper, C., Laurent, H., & LaValle, S. (2020). Can simulated nature support mental health? *Frontiers in Psychology*, 10, 2667. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02667>
- Burnett, H., Olsen, J. R., Nicholls, N., & Mitchell, R. (2021). Change in time spent visiting and experiences of green space following restrictions on movement during the COVID-19 pandemic: a nationally representative cross-sectional study of UK adults. *BMJ Open*, 11(3), e044067. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044067>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e924171. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Caramelo, F., Ferreira, N., & Oliveiros B. (2020). Estimation of risk factors for COVID-19 mortality: Preliminary results. *MedRxiv preprint*. <https://doi.org/10.1101/2020.02.24.20027268>
- Chen, H.-T., Yu, C.-P., & Lee, H.-Y. (2018). The effects of forest bathing on stress recovery: Evidence from middle-aged females of Taiwan. *Forests*, 9(7), 403. <https://doi.org/10.3390/f9070403>
- Clatworthy, J., Hinds, J., & Camic, P. (2013). Gardening as a mental health intervention: a review. *Mental Health Review Journal*, 18(4), 214- 225. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-02-2013-0007>
- Corley, J., Okely, J. A., Taylor, A. M., Page, D., Welstead, M., Skarabela, B., Redmond, P., Cox, S. R., & Russ, T. C. (2021). Home garden use during COVID-19: Associations with physical and mental wellbeing in older adults. *Journal of Environmental Psychology*, 73, 101545. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101545>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Davis, S. (1998). Development of the profession of horticultural therapy. In S.P. Simson & M. C. Strauss (Eds.), *Horticulture as therapy: Principles and practice* (pp. 3–18). The Food Products Press.
- Day, B. H. (2020). The value of greenspace under pandemic lockdown. *Environmental and Resource Economics*, 76(4), 1161-1185. <https://doi.org/10.1007/s10640-020-00489-y>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage.
- Dias, E., & Pais-Ribeiro, J. (2018). Estratégias de coping de idosos institucionalizados. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 10(4), 1710-1718. https://doi.org/10.25248/REAS213_2018
- Dzhambov, A., Browning, M., Markevych, I., Hartig, T., & Lercher, P. (2020). Analytical approaches to testing pathways linking greenspace to health: A scoping review of the empirical literature. *Environmental Research*, 186, 109613. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109613>
- Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., de Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 722–745. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer.

- Grima, N., Corcoran, W., Hill-James, C., Langton, B., Sommer, H., & Fisher, B. (2020). The importance of urban natural areas and urban ecosystem services during the COVID-19 pandemic. *Plos One*, 15(12), e0243344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243344>
- Hartig, T., Evans, G.W., Jamner, L.D., Davis, D.S., & Gärling, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 109–123. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(02\)00109-3](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(02)00109-3).
- Hartig, T., Mitchell, R., de Vries, S., & Frumkin, H. (2014). Nature and health. *Annual Review of Public Health*, 35, 207–228. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182443>
- Helbich, M., Beurs, D., Kwan, M.-P., O'Connor, R., & Groenewegen, P. (2018). Natural environments and suicide mortality in the Netherlands: a cross-sectional, ecological study. *Lancet Planet Health*, 2, 134–39. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(18\)30033-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(18)30033-0)
- Heo, S., Desai, M. U., Lowe, S. R., & Bell, M. L. (2021). Impact of changed use of greenspace during covid-19 pandemic on depression and anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5842. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115842>
- Herman, K., & Drozda, Ł. (2021). Green infrastructure in the time of social distancing: urban policy and the tactical pandemic urbanism. *Sustainability*, 13(4), 1632. <https://doi.org/10.3390/su13041632>
- Horiuchi, M., Endo, J., Takayama, N., Murase, K., Nishiyama, N., Saito, H., & Fujiwara, A. (2014). Impact of viewing vs. not viewing a real forest on physiological and psychological responses in the same setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11, 10883–10901. <https://doi.org/10.3390/ijerph111010883>
- Huang, L., Xu, F., & Liu, H. (2020). Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *MedRxiv*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031898>
- Hubbard, G., Daas, C. D., Johnston, M., Murchie, P., Thompson, C. W., & Dixon, D. (2021). Are rurality, area deprivation, access to outside space, and green space associated with mental health during the covid-19 pandemic? A cross sectional study (CHARIS-E). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083869>
- Hug, S. M., Hartig, T., Hansmann, R., Seeland, K., & Hornung, R. (2009). Restorative qualities of indoor and outdoor exercise settings as predictors of exercise frequency. *Health & Place*, 15(4), 971-980. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.03.002>
- Hunter M., Gillespie, B., & Chen, SY-P. (2019). Urban nature experiences reduce stress in the context of daily life based on salivary biomarkers. *Frontiers in Psychology*, 10(722), 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00722>
- Imperatori, C., Dakanal, A., Farina, B., Pallavicini, F., Colmegna, F., Mantovani, F., & Clerici, M. (2020). Global storm of stress-related psychopathological symptoms: A brief overview on the usefulness of virtual reality in facing the mental health impact of COVID-19. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(11), 782-788. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0339>
- James, A., Hess, P., Perkins, M., Taveras, E., & Scirica, C. (2017). Prescribing outdoor play: Outdoors Rx. *Clinical Pediatrics*, 56(6), 519–524. <https://doi.org/10.1177/0009922816677805>
- Jasiński, A. (2020). Public space or safe space – remarks during the COVID-19 pandemic. *Technical Transactions*, e2020020. <https://doi.org/10.37705/TechTrans/e2020020>
- Kaplan, R., Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. Cambridge University Press.

- Karl, S., Barthel, S., Colding, J., Macassa, G., & Giusti, M. (2020). Urban nature as a source of resilience during social distancing amidst the coronavirus pandemic. *OSF preprints*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/3wx5a>
- Knopf, R. C. (1987). Human behavior, cognition, and affect in the natural environment. In D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (pp. 783-825). Wiley.
- Krins, P. W. (2009). *Beyond the “right stuff”: The role of group processes in isolated confined extreme environments* [Doctoral Thesis]. The Australian National University.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- López-Bueno, R., Calatayud, J., Casaña, J., Casajús, J., Smith, L., Tully, M., Andersen, L., & López-Sánchez, G. (2020). COVID-19 Confinement and health risk behaviors in Spain. *Frontiers Psychology*, 11, 1426. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01426>
- Lu, Y., Zhao, J., Wu, X., & Lo, S. M. (2021). Escaping to nature during a pandemic: a natural experiment in Asian cities during the COVID-19 pandemic with big social media data. *Science of the Total Environment*, 777, 146092. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.146092>
- Ma, A. T., Lam, T. W., Cheung, L. T., & Fok, L. (2021). Protected areas as a space for pandemic disease adaptation: A case of COVID-19 in Hong Kong. *Landscape and Urban Planning*, 207, 103994. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2020.103994>
- Markevych, I., Schoierer, J., Hartig, T., Chudnovsky, A., Hystad, P., Dzhambov, A.M., et al. (2017). Exploring pathways linking greenspace to health: theoretical and methodological guidance. *Environmental Research*, 158, 301–317. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.06.028>
- Meagher, B. R., & Cheadle, A. D. (2020). Distant from others, but close to home: The relationship between home attachment and mental health during COVID-19. *Journal of Environmental Psychology*, 72, 101516. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101516>
- Mitchell, R. (2013). Is physical activity in natural environments better for mental health than physical activity in other environments? *Social Science & Medicine*, 91, 130-134.
- Munawar, K., & Choudhry, F. (2020). Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. *American Journal of Infection Control*, 49(3), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.214>
- Office, E., Rodenstein, M., Merchant, T., Pendergrast, T., & Lindquist, L. (2020). Reducing social isolation of seniors during COVID-19 through medical student telephone contact. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 948-950. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.003>
- Oliveira, L. F. S., Wanderley, R. L., Medeiros, M. M. D., Figueredo, O. M. C., Pinheiro, M. A., Garcia, R. C. M. R., Almeida, L. F. D., & Cavalcanti, Y. W. (2021). Health-related quality of life of institutionalized older adults: Influence of physical, nutritional and self-perceived health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92, 104278. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104278>
- Park, B.J., Tsunetsugu, Y., Kasetani, T., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): Evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15, 18-26. <https://doi.org/10.1007/s12199-009-0086-9>
- Pasanen, T. P., Tyrväinen, L., & Korpela, K. M. (2014). The relationship between perceived health and physical activity indoors, outdoors in built environments, and outdoors in nature. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 6(3), 324-346. <https://doi.org/10.1111/aphw.12031>

- Poortinga, W., Bird, N., Hallingberg, B., Phillips, R., & Williams, D. (2021). The role of perceived public and private green space in subjective health and wellbeing during and after the first peak of the COVID-19 outbreak. *Landscape and Urban Planning*, 211, 104092. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2021.104092>
- Pouso, S., Borja, Á., Fleming, L. E., Gómez-Baggethun, E., White, M. P., & Uyarra, M.C. (2021). Contact with blue-green spaces during the COVID-19 pandemic lockdown beneficial for mental health. *Science of the Total Environment*, 756, 143984. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.143984>
- Quirke, E., König, H., & Hajek, A. (2019). Association between caring for grandchildren and feelings of loneliness, social isolation and social network size: a cross-sectional study of community dwelling adults in Germany. *BMJ Open*, 9, e029605. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029605>.
- Rappe, E. (2005). *The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care* [Academic Dissertation]. University of Helsinki.
- Rappe, E., & Linden, L. (2002, August). Plants in health care environments: Experiences of the nursing personnel in homes for people with dementia. In *XXVI International Horticultural Congress: Expanding Roles for Horticulture in Improving Human Well-Being and Life Quality* 639 (pp. 75-81).
- Riva, G., Bernardelli, L., Browning, M. H., Castelnuovo, G., Cavedoni, S., Chirico, A., Cipresso, P., de Paula, D. M. B., di Lernia, D., Fernández-Álvarez, J., Figueras-Puigderrajols, N., Fuji, K., Gaggioli, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Hong, U., Mancuso, V., Mazzeo, M., Molinari, E., ... & Wiederhold, B. K. (2020). COVID feel good—an easy self-help virtual reality protocol to overcome the psychological burden of coronavirus. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 563319. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.563319>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Russell, J. A. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(3), 345–356. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.3.345>
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178. <https://doi.org/10.1037/h0077714>
- Saldanha, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage Publications Ltd.
- Savitsky, B., Findling, Y., Ereli, A., & Hendel, T. (2020). Anxiety and coping strategies among nursing students during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 46, 102809. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809>
- Sempik, J., & Aldridge, J. O. (2006). Care farms and care gardens: Horticulture as therapy in the UK. In J. Hassink, & M. van Dijk M. (Eds.), *Farming for health* (pp. 147-161). Springer. https://doi.org/10.1007/1-4020-4541-7_12
- Slater, S. J., Christiana, R. W., & Gustat, J. (2020). Peer Reviewed: Recommendations for keeping parks and green space accessible for mental and physical health during COVID-19 and other pandemics. *Preventing Chronic Disease*, 17, 200204 <http://dx.doi.org/10.5888/pcd17.200204>
- Soga, M., Evans, M., Tsuchiya, K., & Fukano, Y. (2021). A room with a green view: the importance of nearby nature for mental health during the COVID-19 pandemic. *Ecological Applications* 31(2), e02248. <http://dx.doi.org/10.1002/eap.2248>
- Theodorou, A., Panno, A., Carrus, G., Carbone, G. A., Massullo, C., & Imperatori, C. (2021). Stay home, stay safe, stay green: The role of gardening activities on mental health during the Covid-19 home confinement. *Urban Forestry & Urban Greening*, 61, 127091. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2021.127091>

- Thompson, W. C., & Aspinall, P. A. (2011). Natural environments and their impact on activity, health, and quality of life. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 230-260. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01053.x>
- Tsunetsugu, Y., Park, B.-J., Ishii, H., Hirano, H., Kagawa, T., & Miyazak, Y. (2007). Physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the atmosphere of the forest) in an old-growth broadleaf forest in Yamagata prefecture, Japan. *Journal of Physiological Anthropology*, 26(2), 135-142. <https://doi.org/10.2114/jpa2.26.135>
- Tull, M. T., Edmonds, K. A., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). Psychological outcomes associated with stay-at-home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry research*, 289, 113098. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>
- Uchiyama, Y., & Kohsaka, R. (2020). Access and use of green areas during the COVID-19 Pandemic: Green infrastructure management in the “New Normal”. *Sustainability*, 12(23), 9842. <https://doi.org/10.3390/su12239842>
- Ugolini, F., Massetti, L., Calaza-Martínez, P., Cariñanos, P., Dobbs, C., Ostoić, S. K., Marin, A. M., Pearlmutter, D., Saaroni, H., Sauliene, I., Simoneti, M., Verlic, A., Vuletic, D., & Sanesi, G. (2020). Effects of the COVID-19 pandemic on the use and perceptions of urban green space: An international exploratory study. *Urban Forestry & Urban Greening*, 56, 126888. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2020.126888>
- Ulrich, R.S., Simons, R.F., Losito, B.D., Fiorito, E., Miles, M.A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201–230. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)
- van den Bogerd, N., Dijkstra, S.C., Koole, S. L., Seidell, J. C., & Maas, J. (2021). Greening the room: A quasi-experimental study on the presence of potted plants in study rooms on mood, cognitive performance, and perceived environmental quality among university students. *Journal of Environmental Psychology*, 73, 101557. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101557>
- Venter, Z. S., Barton, D. N., Gundersen, V., Figari, H., & Nowell, M. (2020). Urban nature in a time of crisis: recreational use of green space increases during the COVID-19 outbreak in Oslo, Norway. *Environmental Research Letters*, 15(10), 104075. <https://doi.org/10.31235/osf.io/kbdum>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wardrop, R., Ranse, J., Chaboyer, W., & Crilly, J. (2021). Structures, processes, and outcomes of health care for people detained in short-term police custody settings: A scoping review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 81, 102198. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102198>
- White, M. P., Pahl, S., Ashbullby, K., Herbert, S., & Depledge, M. H. (2013). Feelings of restoration from recent nature visits. *Journal of Environmental Psychology*, 35, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2013.04.002>
- Yu, C.-P., Lee, H.-Y., Lu, W.-H., Huang, Y.-C., & Browning, M. (2020). Restorative effects of virtual natural settings on middle-aged and elderly adults. *Urban Forestry & Urban Greening*, 56, 126863. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2020.126863>

A DEMÊNCIA OU DEPRESSÃO GRAVE: FATORES DE RISCO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

DEMENTIA OR SEVERE DEPRESSION: NUTRITIONAL STATUS RISK FACTORS IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

Ana Sofia Ferreira Albuquerque¹, Maria Palma Mateus¹, Paulo Filipe Henriques Marques Rodrigues Niza²,
Lúcia Filipa Guerreiro da Rocha² & Nídia Maria Dias Azinheira Rebelo Braz¹

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVII • ISSUE FASCÍCULO 2
1ST JULY JULHO - 31ST DECEMBER DEZEMBRO 2021 • PP. 73-87

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2.4>

Submitted on 04.05.2021 Submetido a 04.05.2021

Accepted on 15.06.21 Aceite a 15.06.21

Resumo

Introdução: Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia, e mantém uma tendência de envelhecimento demográfico. O estado nutricional tem um enorme impacto na saúde e qualidade de vida dos idosos. Estudos recentes indicam que a população idosa portuguesa poderá atingir níveis significativos de desnutrição e em risco de desnutrição, com maior prevalência nos institucionalizados.

Objetivos: Pretende-se caracterizar o estado nutricional de uma população idosa institucionalizada, e identificar os fatores de risco que levam à degradação deste estado.

Metodologia: Estudo epidemiológico, observacional e transversal. Os dados foram recolhidos usando o *Mini Nutritional Assessment (MNA)*[®]. A amostra foi constituída por 322 indivíduos.

Resultados: 70.5% dos indivíduos inquiridos encontram-se em risco de desnutrição ou desnutridos e 29.5% apresenta estado nutricional normal.

De entre os fatores de risco mais prevalentes destacaram-se a demência ou depressão grave (46% nos desnutridos) e as situações de stresse (28.6% nos desnutridos).

Discussão e conclusões: A mobilidade e a funcionalidade revelam-se cruciais, uma vez que apenas 4.2% dos indivíduos restritos ao leito ou cadeira de rodas apresentam estado nutricional normal. Contrariamente, entre os indivíduos que são capazes de se alimentar sozinhos, sem dificuldade, 98.9% apresentam estado nutricional normal.

A avaliação regular do estado nutricional permite identificar os idosos em risco e promover uma intervenção precoce.

Palavras-chave: Desnutrição; estado nutricional; fatores de risco; idoso; MNA.

1 Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

2 Santa Casa da Misericórdia de Lagos, Lagos, Portugal.

Autor designado para os contactos: Ana Sofia Ferreira Albuquerque, Universidade do Algarve, Faro, Portugal, sofiaalbuquerque.nutricao@gmail.com

Abstract

Introduction: Portugal's population is one of the oldest in the European Union, and the country keeps a trend of demographic aging. Nutritional status has a huge impact on the health and quality of life of the elderly. Recent studies indicate that the Portuguese elderly may reach significant levels of malnutrition and at risk of malnutrition, with a higher prevalence among institutionalized people.

Aim: It is intended to characterize the nutritional status of an institutionalized elderly population, and to identify the risk factors that lead to the degradation of this state.

Method: This is an epidemiological, observational and cross-sectional study. Data were collected using the Mini Nutritional Assessment (MNA®). Sample consisted of 322 individuals.

Results: 70.5% of the inquired are at risk of malnutrition or malnourished and 29.5% have normal nutritional status.

Dementia or severe depression (46% in the malnourished) and stress situations (28.6% in the malnourished) were among the most prevalent risk factors.

Discussion and conclusions: Mobility and functionality are crucial, since only 4.2% of individuals restricted to bed or wheelchair present normal nutritional status. Conversely, among individuals who are able to feed autonomously without difficulty, 98.9% have normal nutritional status.

The regular assessment of nutritional status allows identifying the elderly at risk and promoting early intervention.

Keywords: Malnutrition; nutritional status; risk factors; elderly; MNA.

Introdução

Nos últimos anos, o número de indivíduos com mais de 60 anos tem aumentado comparativamente a outras faixas etárias, em consequência da diminuição das taxas de fertilidade e das mortes prematuras, conjugada com o aumento da esperança de vida (Madeira et al., 2020). Estima-se que em 2025, um total de 1,2 mil milhões de indivíduos tenha mais de 60 anos, e que em 2050, dois mil milhões de indivíduos se enquadrem nesta faixa etária, dos quais 80% viverão em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2002). A distribuição entre géneros não é uniforme, em 2012 existiam oitenta e quatro homens por cada cem mulheres com mais de sessenta anos em todo o mundo (Fundo de População da Nações Unidas, 2012).

Portugal é um dos países mais envelhecidos da União Europeia e mantém uma tendência de envelhecimento demográfico. De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística, relativos ao ano de 2019, a população residente com idades compreendidas entre 65 anos ou mais representa 22.1%. Estes mesmos dados indicam que em 2019 houve um aumento de 175 257 idosos, comparativamente a 2014. Assim, tal como no resto do mundo, o índice de envelhecimento em Portugal tende a aumentar, e estima-se que quase duplique entre 2019 e 2080, passando de 163.2 para 300.3 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020).

Em 2020 a esperança de vida da população portuguesa é de 80.9 anos sendo que a partir dos sessenta e cinco anos é de 19.6. Estes dados também relatam que o sexo masculino apresenta

uma esperança de vida de 78 anos, e a partir dos sessenta e cinco anos, uma esperança de vida de 17.7, enquanto a mulher tem uma esperança de vida superior, de 83.4 anos e a partir dos 65 anos, uma esperança de vida de 21 (INE, 2020).

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2006, p. 8): “Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias”. Torna-se importante assegurar a melhor ligação entre o envelhecimento e o declínio cognitivo e funcional, reduzindo e atrasando as alterações emocionais e os sintomas depressivos, que influenciam diretamente a saúde, e em particular, o estado nutricional (Amaral et al., 2016).

Um estado nutricional inadequado, por sua vez, compromete a qualidade de vida do idoso, contribuindo para a alteração da função muscular, em resultado da diminuição da massa muscular e da força que por sua vez originam uma perda progressiva da mobilidade e funcionalidade, diminuição da massa óssea, disfunção imunitária, alteração do estado cognitivo, fragilidade, má cicatrização, maior tempo de permanência hospitalar, recuperação pós-cirúrgica lenta ou morte (Duarte, 2017). Deste modo, contribui de forma significativa para o aumento da morbilidade e mortalidade, com conseqüente recurso à hospitalização e institucionalização (Associação Portuguesa de Nutrição, 2013; Ferreira da Costa et al., 2013).

Os sinais e sintomas do processo de envelhecimento são muitas vezes confundidos com os sinais de desnutrição, o que induz a uma intervenção inadequada e menos eficaz. A deteção precoce de sinais de desnutrição através do rastreio do risco nutricional e da avaliação do estado nutricional possibilita uma intervenção nutricional individualizada, capaz de reverter o quadro de desnutrição e restabelecer as funções orgânicas, comprometidas por um estado nutricional inadequado (Dias, 2017).

Cerca de 20 milhões de idosos nos países da União Europeia (UE) apresentam patologias associadas à desnutrição, custando aos governos da UE um total de 120 mil milhões de euros anuais. A Alemanha, o Reino Unido e a Irlanda, apresentaram custos anuais associados à desnutrição em idosos de nove mil milhões de euros em 2006, 15 mil milhões de euros em 2007 e 1.5 mil milhões de euros em 2009, respetivamente (Freijer et al., 2013). A prevenção, o rastreio do risco de desnutrição e a avaliação do estado nutricional nos idosos adquirem uma grande importância e devem integrar os cuidados de saúde, de modo a reduzir as complicações clínicas associadas e os conseqüentes gastos económicos (Dias, 2017).

Estudos recentes indicam que a população idosa portuguesa poderá atingir níveis significativos de desnutrição e em risco de desnutrição. O projeto “*Nutrition UP 65 – nutritional strategies facing an older demography*”, reporta que 14.8% da população idosa estudada apresenta risco de desnutrição e 1.3%, está efetivamente desnutrida (FCNAUP, 2018). Madeira e a sua equipa, no estudo *Portuguese elderly nutritional status surveillance system* (PEN-3S) analisaram 1120 idosos portugueses a viver na comunidade, e concluíram que 0.5% da amostra estava desnutrida, enquanto 16.4% se encontrava em risco de desnutrição. Verificou-se também que a prevalência de desnutrição e do seu risco era superior no sexo feminino.

Quando se analisaram idosos institucionalizados – 1186 indivíduos com uma idade média de 83.4 anos – o mesmo estudo de Madeira et al. (2018), revelou 4.8% dos idosos residentes desnutridos e que 38.7% se encontravam em risco de desnutrição.

Os fatores que comprometem o estado nutricional na idade avançada são diversos, dos quais se destacam a redução da massa corporal magra (músculo e osso) e a conseqüente diminuição do metabolismo basal, alterações na mastigação e deglutição, perda de paladar, alterações gastrointestinais, patologias crônicas e agudas, polimedicação, perda ou diminuição da capacidade sensorial, desidratação, patologias neuro psicológicas, tabagismo e alcoolismo (Associação Portuguesa de Nutrição, 2013; Brownie, 2006). Muitos destes fatores comprometem a ingestão alimentar e refletem-se na perda de apetite ou ausência da sensação da fome, fenómeno descrito como “anorexia do envelhecimento”, cuja fisiopatologia ainda só é parcialmente entendida (Landi et al., 2016).

A ansiedade e a depressão são questões de saúde mental que têm sido fortemente associadas ao risco de desnutrição. Um estudo realizado com 1558 homens e 1553 mulheres com idades compreendidas entre os 65 e 87 anos, evidenciou que quanto mais comprometida está a saúde mental de um individuo, maior é o risco de apresentar desnutrição (Kvamme et al., 2011).

A demência é uma síndrome neurológica de agravamento progressivo e sem cura. Esta síndrome provoca a atrofia de regiões cerebrais responsáveis pela regulação do apetite e do comportamento alimentar e origina alterações patológicas que contribuem para a evolução da anorexia, para ausência de refeições por esquecimento e diminuição da capacidade de reconhecer e selecionar os alimentos adequados, incapacidade para cozinhar, incapacidade de uso de talheres e alterações na capacidade de mastigação e deglutição (Pessoa et al., 2020; Volkert et al., 2015). A conjugação destas mudanças conduz à diminuição da ingestão alimentar e ao aumento do risco de desnutrição (Volkert et al., 2015).

O nível de independência também tem sido fortemente associado ao estado nutricional (Parente et al., 2018). Andre et al. (2012), verificaram em 2011, que os indivíduos desnutridos apresentam uma maior prevalência de dependência (87.6%) comparativamente aos utentes com estado nutricional normal (50.9%). Um estudo português realizado com 5373 idosos inscritos num Centro de Saúde em Bragança, verificou que os idosos independentes revelam maior probabilidade de apresentar estado nutricional normal, quando comparados com os idosos com dependência ligeira a moderada ($p < .001$) (Parente et al., 2018).

Segundo a declaração europeia de 2011 *The Fight Against Malnutrition – Final Declaration*, todos os indivíduos residentes em instituições de cuidados a idosos, devem ser submetidos a rastreio nutricional de modo a detetar a presença de desnutrição (Nauki, 2011).

Torna-se então imperativo caracterizar o estado nutricional da população idosa utente deste tipo de respostas sociais, bem como os fatores de risco que levam à degradação deste seu estado.

Método

Estudo epidemiológico, observacional e transversal, realizado em idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e Centros de Dia (CD), no Algarve. A seleção das instituições e participantes que constituíram a amostra foi não aleatória, de conveniência.

Para a recolha dos dados aplicou-se a versão portuguesa completa do “*Mini Nutritional Assessment*” – MNA[®], que consiste num questionário destinado a determinar o risco nutricional da população idosa, constituído por três partes: caracterização do indivíduo (sexo, idade, peso e altura); triagem ou rastreio nutricional, composta por seis questões (diminuição da ingestão alimentar, perda ponderal nos últimos três meses, Índice de Massa Corporal, ...); avaliação global, composta por 12 questões (grau de autonomia, hábitos alimentares, circunferência braquial (PB), circunferência de panturrilha (PP), ...). Em cada questão, existe uma pontuação atribuída a cada resposta e o somatório das pontuações permite classificar os indivíduos em “estado nutricional normal” para uma pontuação entre 24 e 30 pontos, “sob risco de desnutrição” para 17 a 23,5 pontos e “desnutrido” para < 17 pontos (Nestlé Nutrition Institute, 2009).

Os dados antropométricos (peso, altura e circunferências braquial e da panturrilha) foram recolhidos de acordo com protocolos de referência e o índice de Massa Corporal (IMC), foi obtido através do peso do indivíduo, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura, em metros. Os pontos de corte utilizados para a análise do IMC foram os estabelecidos por *Lipschitz* para idosos com idades superiores a 65 anos, segundo Souza et al. (2013) com as seguintes categorias: baixo peso (<22 kg/m²); normoponderal (22 kg/m² -27 kg/m²) e excesso de peso (> 27 kg/m²).

Utilizou-se o software *IBM Statistical Package for the Social Science* – SPSS[®] versão 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para a análise estatística. Para comparações entre dois grupos utilizou-se o teste *t-de-Student* ou o teste de *Mann-Whitney*, para comparações de múltiplos grupos utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Para analisar a associação entre variáveis calcularam-se os coeficientes de correlação de *Pearson* e de *Spearman*.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 322 indivíduos, dos quais 77% (n=248) estavam integrados numa Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) e 23% (n=74) em Centro de Dia (CD). A idade média dos inquiridos é 84.5±7.3 anos, sendo a idade mínima encontrada de 65 e a máxima de 101 anos. Relativamente ao sexo, verificou-se que 70.5% dos indivíduos pertencem ao sexo feminino (n=227) e 29.5% ao sexo masculino (n=95). Em relação à mobilidade, 30.4% dos inquiridos estavam restritos a cadeira de rodas ou acamados (n=98), 30.7% deambulavam, mas não eram capazes de sair de casa sem ajuda de terceiros (n=99), e 38.8% apresentavam mobilidade normal (n=125). Quanto ao estado de saúde, 9.3% da amostra não reporta nenhuma patologia diagnosticada (n=30), 82% reporta uma a três patologias (n=264) e 8.7% quatro a seis patologias (n=28) (Tabela 1).

TABELA 1

Caracterização da Amostra

	Total		Homem		Mulher	
	%	n	%	n	%	n
Total	100	322	29.50	95	70.50	227
Idade						
<75	11.5	37	3.4	11	8.1	26
75-84	32.9	106	12.7	41	20.2	65
>84	55.6	179	13.4	43	42.2	136
Resposta social						
ERPI	77.0	248	23.6	76	53.4	172
CD	23.0	74	5.9	19	17.1	55
Mobilidade						
Restritos a cadeira de rodas ou acamados	30.4	98	8.7	28	21.7	70
Deambulavam, mas não são capazes de sair de casa sem ajuda de terceiros	30.7	99	9.3	30	21.4	69
Mobilidade normal	38.8	125	11.5	37	27.3	88
Patologias						
0	9.3	30	3.4	11	5.9	19
Uma a três	82.0	264	23.3	75	58.7	189
Quatro a seis	8.7	28	2.8	9	5.9	19

n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa; ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; CD - Centro de Dia.

Estado Nutricional

A recolha dos dados antropométricos peso e altura, foi condicionada pela mobilidade dos inquiridos, tendo sido possível em 209 indivíduos. Nestes casos, calculou-se o respetivo IMC, que apresentou um valor médio de $26.8 \pm 4.7 \text{ kg/m}^2$, um máximo de 44.1 kg/m^2 e um mínimo de 17.4 kg/m^2 . De acordo com os pontos de corte de Lipschitz, 14.0% dos indivíduos analisados enquadraram-se na categoria “baixo peso” (n=29), 41.0% na categoria “normoponderal” (n=85) e 45% na categoria “excesso de peso” (n=95) (Tabela 2).

De acordo com os resultados obtidos, a média da pontuação total do MNA[®] para os 332 inquiridos foi de 20.9 ± 4.33 pontos, o que corresponde à classificação “sob risco de desnutrição”, com valores máximo de 29 pontos e mínimo de 8.5 pontos. A avaliação do risco nutricional mostrou que 19.6% dos indivíduos se encontram desnutridos (n=63), 50.9% estão em risco de desnutrição (n=164) e 29.5% apresentam estado nutricional normal (n=95) (Tabela 2).

Analisando os resultados por género, no sexo feminino, 22.9% das mulheres encontram-se desnutridas (n=52), 50.2% em risco de desnutrição (n=114) e 26.9% enquadraram-se na categoria de estado nutricional normal (n=61). Em contrapartida, no sexo masculino existe uma prevalência menor de indivíduos desnutridos 11.6% (n=11), uma maior prevalência de utentes sob risco de desnutrição 52.6% (n=50) e também em estado nutricional normal 35.8% (n=34) (Tabela 2).

Neste estudo observou-se uma média do PP de 30.95±4.1 cm, atingindo um máximo de 46,0 cm e um mínimo de 16 cm. Por sua vez, a média do PB foi de 25.1±3.8 cm, atingindo um máximo de 39 cm e um mínimo de 13.5 cm (Tabela 2).

Analisando os resultados entre gêneros, verifica-se que o sexo masculino apresenta uma média de PP e PB superiores comparativamente ao sexo feminino: (PP: 32.11± 3.78 cm ♂ vs. 20.46 ± 4.16 cm ♀) e (PB: 25.83 ♂ ± 3.71 cm vs. 24.75 ± 3.85 cm ♀) (Tabela 2).

TABELA 2
Estado Nutricional

		Total		Homem		Mulher		Valor de p
		%	n	%	n	%	n	
IMC categorias kg/m ² (n=209)	Baixo peso	14.0	29	12.78	8	14.38	21	0.768a
	Normoponderal	41.0	85	44.44	28	39.04	57	
	Excesso de peso	45.0	95	42.86	27	46.58	68	
Categorias do Estado Nutricional (n=322)	Desnutrido	19.6	63	11.6	11	22.9	52	0.0015 ^b
	Sob risco de desnutrição	50.9	164	52.6	50	50.2	114	
	Estado nutricional normal	29.5	95	35.8	34	26.9	61	
Pontuação MNA [®] (n=322)	M±DP	20.9 ± 4.33		21.88 ± 3.69		20.53 ± 4.53		
	Min; Max	8.50; 29.0		10.50; 27.50		8.50; 29.0		
Perímetro da circunferência da panturrilha cm (n=322)	M±DP	30.95 ± 4.1		32.11 ± 3.78		20.46 ± 4.16		0.001 ^{**b}
	Min; Max	16.0; 46.0		23.0; 44.0		16.0; 46.0		
Perímetro da circunferência braquial cm (n=322)	M±DP	25.1 ± 3.8		25.83 ± 3.71		24.75 ± 3.85		0.014 ^{*b}
	Min; Max	13.5; 39.0		16.30; 38.0		13.50; 39.0		

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; M - Média; DP - Desvio padrão; Min - valor mínimo; Max - valor máximo; ^a valor de p - teste *t de student*; ^b valor de p - teste de *Mann-Whitney*; * Diferenças estatisticamente significativas do estado nutricional entre sexos ($p < .05$); ** Diferenças estatisticamente significativas do estado nutricional entre sexos ($p < .001$).

Verificou-se que existe uma correlação positiva moderada entre as categorias de IMC e a pontuação do MNA[®] (coeficiente de correlação de *Spearman* $\rho=0,390$; $p=.001$, respetivamente). Ao analisar a média da pontuação do MNA[®] nas categorias de IMC, verificou-se que os indivíduos com excesso de peso apresentam em média um estado nutricional normal (24,0±2,7 pontos de MNA[®]). Em contrapartida, os indivíduos com baixo peso e eutróficos, apresentam em média sob risco de desnutrição, 19.8±3.5 pontos e 22.5±3.1 pontos, respetivamente ($p < .001$) (Tabela 3).

Na categoria de desnutrido, o IMC mais prevalente é de baixo peso (64.3%), na categoria sob risco de desnutrição é de normoponderal (48.6%), e na categoria estado nutricional normal é de excesso de peso (65.9%) (Tabela 3).

TABELA 3
Relação entre IMC e Categorias do Estado Nutricional (n=209)

		Pontuação MNA®		Categorias do Estado Nutricional					r	Valor de p ^a	
		M±DP	Min; Max	Desnutrido		Sob risco de desnutrição		Estado nutricional normal			
				%	n	%	n	%			n
IMC categorias kg/m ² (n=209)	Baixo peso	19,76 ± 3,47	13,50; 25,50	64.3	9	16.8	18	2.3	2	0,390**	< .001**
	Normoponderal	22,45 ± 3,16	13,50; 27,50	35.7	5	48.6	52	31.8	28		
	Excesso de peso	24,01 ± 2,68	17,00; 29,00	0.0	0	34.6	37	65.9	58		
	Total	22,78 ± 3,30	13,50; 29,00	100.0	14	100.0	107	100.0	88		

M - Média; DP - Desvio padrão; Min - valor mínimo; Max - valor máximo; n - frequência absoluta; % - frequência relativa; ^a valor de p - teste de *Kruskal Wallis*; **Diferenças estatisticamente significativas da pontuação do MNA® entre categorias do IMC ($p < .001$), r - correlação de *Spearman*.

Na Tabela 4, verifica-se que dos 248 indivíduos residentes em ERPI, 23,4% encontram-se desnutridos (n=58), 50,8% sob risco de desnutrição (n=126) e 25,8% enquadram-se na categoria estado nutricional normal (n=64). Em CD, 6,8% dos indivíduos apresentam-se desnutridos (n=5), 51,4% sob risco de desnutrição (n=38) e 41,9% estado nutricional normal (n=31). A análise através do teste de *Mann-Whitney* revelou que as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p < .001$).

TABELA 4
Diferenças do Estado Nutricional entre Respostas Sociais

		ERPI		CD		Valor de p ^a
		%	n	%	n	
Categorias do Estado Nutricional (n=322)	Desnutrido	23.4%	58	6.8%	5	$p < .001^{**}$
	Sob risco de desnutrição	50.8%	126	51.4%	38	
	Estado nutricional normal	25.8%	64	41.9%	31	
	Total	100.0%	248	100.0%	74	
Pontuação MNA® (n=322)	M±DP	20.33 ± 4.41		22.95 ± 3.36		
	Min; Max	8.50; 29.0		13.50; 29.0		

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; CD - Centro de Dia; M - Média; DP - Desvio padrão; Min - valor mínimo; Max - valor máximo; n - frequência absoluta; % - frequência relativa; ^a valor de p - teste de *Mann-Whitney*; **Diferenças estatisticamente significativas da pontuação do MNA® entre respostas sociais ($p < .001$).

Na Tabela 5, é possível observar que a maioria dos indivíduos desnutridos apresentam idades superiores a 85 anos (69.8%) e destes, 62.8% apresentam valores de PP inferiores a 31 cm.

TABELA 5*Relação entre a Idade e o Estado Nutricional*

		Categorias do Estado nutricional						Circunferência da panturrilha				Valor de p ^b	
		Desnutrido		Sob risco de desnutrição		Estado nutricional normal		PP<31cm		PP≥31 cm			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Faixas etárias	<75	5	7.9	21	12.8	11	11.6	13	9.5	24	13.0	0.002*	< .001**
	75-84	14	22.2	54	32.9	38	40.0	38	27.7	68	36.8		
	>84	44	69.8	89	54.3	46	48.4	86	62.8	93	50.3		
	Total	63	100.0	164	100.0	95	100.0	137	100.0	185	100.0		
Idade (anos)	M±DP	87 ± 7		84 ± 7		84 ± 7		86 ± 8		83 ± 7			
	Min;	65; 98		65; 101		65; 96		65; 101		65; 96			
	Max												

M - Média; DP - Desvio padrão; Min - valor mínimo; Max - valor máximo; n - frequência absoluta; % - frequência relativa; ^a valor de p - teste de *Kruskal Wallis*; ^b valor de p - teste de *Mann-Whitney* *Diferenças estatisticamente significativas da idade entre categorias do estado nutricional ($p < .05$); ** Diferenças estatisticamente significativas da idade entre categorias do PP ($p < .001$).

Relativamente às categorias do PB, verificou-se que em todas as categorias do estado nutricional, o perímetro mais prevalente é superior a 22 cm. Também se observou que nenhum indivíduo com estado nutricional normal apresentou um PB inferior a 21 cm. Relativamente às categorias do PP verificou-se que todos os indivíduos desnutridos apresentaram um PP inferior a 31 cm. Por sua vez, o PP≥31 foi o mais prevalente nas restantes categorias do estado nutricional (Tabela 6).

TABELA 6*Relação entre Categorias do Estado Nutricional e Circunferências PP e PB*

	Total (n=322)		Categorias do Estado nutricional						Valor de p ^a
			Desnutrido (=63)		Sob risco de desnutrição (n=164)		Estado nutricional normal (n=95)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
PB									
PB<21	34	10.6	21	33.3	13	7.9	0	0.0	0.000**
21≤PB≤22	26	8.1	7	11.1	17	10.4	2	2.1	
PB>22	262	81.4	35	55.6	134	81.7	93	97.9	
PP									
PP<31	137	42.5	63	100.0	65	39.6	9	9.5	0.000**
PP≥31	185	57.5	0	0.0	99	60.4	86	90.5	

n - frequência absoluta; % - frequência relativa em percentagem; PB - Circunferência branquial; PP - Circunferência da Panturrilha; ^a valor de p segundo o teste de *Kruskal Wallis*; ** Diferenças estatisticamente significativas do PB e PP entre as categorias do estado nutricional ($p < .001$).

Fatores que afetam o estado nutricional

Na Tabela 7 verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos fatores que afetam o estado nutricional, 22.2% dos indivíduos desnutridos apresentam diminuição grave da ingestão alimentar nos últimos três meses, enquanto apenas 2.2% dos indivíduos com estado nutricional normal registam diminuição da ingestão alimentar ($p < .001$). Observou-se uma prevalência maior de perda de peso superior a três quilos na categoria desnutrido (11.1%) comparativamente às restantes categorias do estado nutricional ($p < .001$); 74.6% dos indivíduos desnutridos estão restritos ao leito ou cadeira de rodas, comparativamente com 4.6% que apresentam um estado nutricional normal ($p < .001$).

Os fatores psicológicos e neurológicos também apresentaram diferenças estatisticamente significativas, 28.6% dos indivíduos desnutridos passaram por algum stresse psicológico; na categoria “em risco de desnutrição” 25% dos indivíduos também passou por algum stresse e na categoria “estado nutricional normal” apenas 13.7% apresentaram este fator ($p < .05$). A demência ou depressão grave está presente em 46% dos indivíduos desnutridos, enquanto apenas 1.1% dos indivíduos com estado nutricional normal apresentou este fator de risco ($p < .001$).

Relativamente a outros fatores que afetam o estado nutricional, verificou-se que 92,1% dos indivíduos que se apresentam desnutridos não vivem na sua própria casa comparativamente com 67.4% de indivíduos que apresentam um estado nutricional normal nesta situação enquanto ($p < .05$); 81% dos indivíduos desnutridos bebem menos de três copos de água por dia enquanto apenas 31,6% dos indivíduos com estado nutricional normal apresentam esta redução na ingestão de líquidos ($p < .001$); 42.9% não são capazes de se alimentar sozinhos, enquanto 98.9% dos indivíduos com estado nutricional normal se alimentam sozinhos sem dificuldade ($p < .001$); 68.9% dos indivíduos desnutridos não sabem dizer se apresentam algum problema nutricional enquanto 85.3% dos indivíduos com estado nutricional normal acreditam não ter um problema nutricional ($p < .001$); 84.1% dos indivíduos desnutridos não sabem responder à questão “Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde”, enquanto 57.9% dos indivíduos com estado nutricional normal consideram a própria saúde igual à dos outros ($p < .001$).

TABELA 7

Relação entre Risco nutricional e Categorias do Estado Nutricional

Fatores de risco (MNA®)		Categorias do Estado nutricional								Valor de p ^a
		Total (n=322)		Desnutrido (=63)		Sob risco de desnutrição (n=164)		Estado nutricional normal (n=95)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Diminuição da ingestão devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldades para mastigar ou deglutir, nos últimos três meses	Diminuição grave da ingestão	31	9.6	14	22.2	15	9.1	2	2.1	< .001**
	Diminuição moderada da ingestão	40	12.4	15	23.8	21	12.8	4	4.2	
	Sem diminuição da ingestão	251	78.0	34	54.0	128	78.0	89	93.7	

Fatores de risco (MNA®)		Categorias do Estado nutricional								Valor de p ^a
		Total (n=322)		Desnutrido (=63)		Sob risco de desnutrição (n=164)		Estado nutricional normal (n=95)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Perda de peso nos últimos três meses	Superior a três quilos	23	7.1	9	14.3	13	7.9	1	1.1	.001**
	Não sabe informar	75	23.3	21	33.3	43	26.2	11	11.6	
	Entre um a três quilos	12	3.7	7	11.1	4	2.4	1	1.1	
	Sem perda de peso	212	65.8	26	41.3	104	63.4	82	86.3	
Mobilidade	Restrito ao leito ou cadeira de rodas	98	30.4	47	74.6	47	28.7	4	4.2	0.000**
	Deambula, mas não é capaz de sair de casa	99	30.7	11	17.5	59	36.0	29	30.5	
	Normal	125	38.8	5	7.9	58	35.4	62	65.3	
Algum stresse psicológico	Sim	72	22.4	18	28.6	41	25.0	13	13.7	.029*
	Não	250	77.6	45	71.4	123	75.0	82	86.3	
Problemas neuropsicológicos	Demência ou depressão grave	82	25.5	29	46.0	52	31.7	1	1.1	0.000**
	Demência ligeira	73	22.7	17	27.0	35	21.3	21	22.1	
	Sem problemas psicológicos	167	51.9	17	27.0	77	47.0	73	76.8	
Vive na própria casa	Não	248	77.0	58	92.1	126	76.8	64	67.4	.004*
	Sim	74	23.0	5	7.9	38	23.2	31	32.6	
Quantos copos de líquidos (água, sumos, café, chá, leite)	Menos de três copos	171	53.1	51	81.0	90	54.9	30	31.6	0.000**
	Três a cinco copos	96	29.8	9	14.3	52	31.7	35	36.8	
	Mais de cinco copos	55	17.1	3	4.8	22	13.4	30	31.6	
Alimenta-se	Não é capaz de se alimentar sozinho	41	12.7	27	42.9	14	8.5	0	0.0	0.000**
	Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade	31	9.6	13	20.6	17	10.4	1	1.1	
	Alimenta-se sozinho sem dificuldade	250	77.6	23	36.5	133	81.1	94	98.9	
Considera ter algum problema nutricional	Acredita estar desnutrido	36	11.2	14	22.2	20	12.2	2	2.1	0.000**
	Não sabe dizer	135	41.9	44	69.8	79	48.2	12	12.6	
	Acredita não ter um problema nutricional	151	46.9	5	7.9	65	39.6	81	85.3	
Comparado com outros como classifica a própria saúde	Pior	11	3.4	4	6.3	7	4.3	0	0.0	0.000**
	Não sabe	165	51.2	53	84.1	92	56.1	20	21.1	
	Igual	119	37.0	5	7.9	59	36.0	55	57.9	
	Melhor	27	8.4	1	1.6	6	3.7	20	21.1	

n - frequência absoluta; % - frequência relativa; ^a valor de p segundo o teste de *Kruskal Wallis*; *Diferenças estatisticamente significativas dos fatores de risco entre categorias do estado nutricional ($p < .05$); **Diferenças estatisticamente significativas dos fatores de risco entre as categorias do estado nutricional ($p < .001$).

Discussão de resultados

Neste estudo, verificou-se uma idade média de 84.5 ± 7.27 anos, sendo que 55.6% dos indivíduos apresentam idades superiores a 85 anos, seguindo a tendência nacional do aumento da longevidade e de resultados encontrados em outros estudos realizados em Centros de Dia e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, (INE, 2020; Madeira et al., 2018; Parente et al., 2018).

Verificou-se neste estudo que o sexo feminino predomina em número (70.5% ♀ vs. 29.5% ♂). Estes resultados vão ao encontro dos valores das estatísticas nacionais, que indicam que a 31 de dezembro de 2019, Portugal, apresentava uma população residente predominante do sexo feminino (4 859 977 homens vs. 5 435 932 mulheres) (INE, 2020). O mesmo se verificou no estudo PEN-3S com idosos institucionalizados (72.8% de mulheres e 27.2% de homens) (Madeira et al., 2018) e no projeto “*Nutrition UP 65 – nutritional strategies facing an older demography*”, com idosos a viver autonomamente na comunidade, em que a amostra foi constituída por 872 mulheres e 627 homens (FCNAUP, 2018).

Os resultados sobre índice de massa corporal (IMC) assemelham-se também aos do mesmo estudo onde 44.3% e 38.6% da população idosa apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente, enquanto 0.2% se enquadravam na categoria de baixo peso (FCNAUP, 2018).

Gama e a sua equipa, em 2020, realizaram um estudo com 443 idosos de instituições do concelho de Lisboa, e verificaram uma média de IMC de 29.76 ± 5.22 kg/m². Do total da amostra, 69.5% dos participantes apresentavam excesso de peso e obesidade, 25.8% eutrofia e 4.7% baixo peso, havendo diferenças estatisticamente significativas entre sexos (Homem: média IMC 27.6 ± 4.4 kg/m² vs. Mulher: média IMC 30.4 ± 5.3 kg/m²; $p < .001$). No presente estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

Os resultados da aplicação do MNA[®] indicam que 19.6% dos indivíduos se encontram desnutridos, 50.9% sob risco de desnutrição e 29.5% enquadram-se na categoria estado nutricional normal. A prevalência de desnutrição e de indivíduos em risco de desnutrição encontrada no presente estudo é elevada, quando comparada com a descrita noutros estudos portugueses que observaram em idosos na comunidade, uma prevalência de 1.3% e 0.5% para o risco de desnutrição e de 14.8% e 16.4% para desnutrição, nos estudos *Nutrition UP 65* e PEN-3S, respetivamente (FCNAUP, 2018; Madeira et al., 2020). Estes resultados vão de encontro a outros que indicam que os idosos institucionalizados apresentam uma probabilidade maior de sofrer de desnutrição (Cereda, 2012; Madeira et al., 2018).

Ao comparar o estado nutricional entre sexos, verificou-se que o sexo feminino apresenta uma maior prevalência de desnutrição comparativamente ao sexo masculino ($p < 0.05$). Relativamente à relação entre as categorias do estado nutricional e o IMC, observou-se que a maioria dos utentes desnutridos apresentam baixo peso (64.3%), na categoria sob risco de desnutrição, o IMC mais prevalente é o de normoponderal (48.6%), e na categoria estado nutricional normal a maioria apresenta excesso de peso (65.9%) ($p < .001$). Estes resultados, vão de encontro aos obtidos pelo estudo PEN-3S, em que verificaram que, na categoria estado nutricional normal, existe uma maior prevalência de obesidade (68%), na categoria sob risco de desnutrição, o IMC normoponderal foi o mais prevalente (52.9%), e na categoria de desnutrição, a maioria apresentava baixo peso (39%) ($p < 0.001$) (Madeira et al., 2018).

No estudo PEN-3S, verificou-se uma percentagem de estado em risco de desnutrição significativamente maior nos indivíduos com faixa etária superior (Madeira et al., 2018), situação

também verificada no presente estudo, em que a maioria dos indivíduos desnutridos apresentam idades superiores a 85 anos (69.8%) ($p < .001$).

A circunferência da panturrilha avalia a depleção muscular e, esta está associada ao risco nutricional (Melo, 2015). Os resultados encontrados indicam que todos os utentes desnutridos apresentam a circunferência da panturrilha abaixo do limite crítico, inferior a 31 cm ($p < .001$).

A literatura relata a existência de uma correlação negativa entre a idade e a circunferência da panturrilha (Melo, 2015). Neste estudo, observou-se uma média de idade de 86 ± 8 anos entre os indivíduos com $PP < 31$ cm e uma média de 83 ± 7 anos entre os indivíduos com $PP \geq 31$ cm ($p < .001$).

Outros fatores, como a diminuição grave da ingestão alimentar e a perda de peso superior a três quilos nos últimos 3 meses, a diminuição ou ausência de mobilidade e a perda de autonomia apresentaram prevalências elevadas com significado estatístico ($p < .001$), entre os indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição. Têm sido descritos resultados semelhantes noutros estudos, que apontam para existir uma associação entre a dependência funcional, a ingestão alimentar e o risco de desnutrição (Andre et al., 2012; Fonseca, 2009; Madeira et al., 2018; Parente et al., 2018).

Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas entre respostas sociais neste estudo, verificando-se uma maior prevalência de desnutrição nos utentes em ERPI comparativamente aos utentes em CD ($p < .001$). Sabe-se que os utentes de Centro de dia são mais independentes que os utentes das estruturas residenciais. Um estudo realizado em Portugal, revelou que o estado nutricional está diretamente associado ao nível de independência em cada uma das atividades básicas da vida diária, bem como ao nível de independência global ($p < .001$), sendo que se verificou uma maior probabilidade de estado nutricional normal nos idosos independentes, face aos idosos com dependência ligeira e moderada ($p < .001$) (Parente et al., 2018).

As alterações da saúde mental, como ansiedade, depressão e demência, estão fortemente associadas ao risco de desnutrição (Kvamme et al., 2011; Madeira et al., 2018; Volkert et al., 2015). No presente estudo, verificou-se que 28.6% dos indivíduos desnutridos passaram por algum stress psicológico e que apenas 13.7% dos indivíduos com estado nutricional normal também presenciaram deste fator ($p < 0,05$). Tendo-se observado ainda uma maior prevalência de indivíduos desnutridos com demência ou depressão grave (46%) ($p < .001$).

Apesar da concordância entre os presentes resultados e os estudos semelhantes referidos, a generalização destes resultados carece de fundamentação em trabalho futuro, a realizar com metodologia de amostragem que garanta a sua representatividade.

Conclusões

A prevalência de desnutrição e o risco de desnutrição encontrados neste estudo são relevantes e superiores ao observado noutros estudos realizados em Portugal, tendo-se verificado que 70.5% dos indivíduos se encontram sob risco de desnutrição ou desnutridos, o que reforça a necessidade de avaliação precoce e sistemática de todos os institucionalizados.

De entre os fatores de risco mais prevalentes destacaram-se a demência ou depressão grave, e as situações de stress.

A mobilidade e a funcionalidade revelam-se cruciais para o estado nutricional, uma vez que apenas 4.2% dos indivíduos restritos ao leito ou a cadeira de rodas apresentam estado nutricional

normal. Contrariamente, entre os indivíduos que são capazes de se alimentar sozinhos sem dificuldade, 98.9% apresentam estado nutricional normal.

Estes trabalhos contribuirão para a adoção de estratégias alternativas para o envelhecimento com saúde e qualidade de vida, em idades cada vez mais avançadas.

Referências bibliográficas

- Amaral, T. F., Santos, A., Guerra, R. S., Sousa, A. S., Álvares, L., Valdiviesso, R., Afonso, C., Padrão, P., Martins, C., Ferro, G., Moreira, P., & Borges, N. (2016). Nutritional Strategies Facing an Older Demographic: The Nutrition UP 65 Study Protocol. *JMIR Research Protocols*, 5(3), e184. <https://doi.org/10.2196/resprot.6037>
- Andre, M. B., Dumavibhat, N., Ngatu, N. R., Eitoku, M., Hirota, R., & Sukanuma, N. (2012). Mini Nutritional Assessment and functional capacity in community-dwelling elderly in Rural Luozi, Democratic Republic of Congo. *Geriatrics and Gerontology International*, 13(1), 35–42. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00852.x>
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2013). *Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa*. www.apn.org.pt
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110-118. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x>
- Cereda, E. (2012). Mini nutritional assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 15(1), 29-41. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32834d7647>
- Dias, S. B. (2017). Desnutrição e risco de desnutrição em idosos : um estudo de prevalência na região do Alto Minho. In *Instituto Politécnico de Viana do Castelo* (Vol. 12, Issue 4). http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2006/1/Susana_Dias.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. In *Direção-Geral Da Saúde – Divisão De Doenças Genéticas, Crónicas E Geriátricas* (Vol. 1, Issue 1). <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>
- Duarte, I. M. (2017). Desnutrição no idoso. In *Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*. <http://hdl.handle.net/10316/82496>
- FCNAUP. (2018). *Nutrition UP 65- nutritional strategies facing an older demography: Nutritional status assessment descriptive results*. <https://nutritionup65.up.pt/wp-content/uploads/sites/165/2018/10/Relatorio-EN.pdf>
- Ferreira da Costa, A., Gomes da Cunha, A., & Oliveira, C. (2013). *Avaliação Do Estado Nutricional Do Idoso Não Institucionalizado*. file:///C:/Users/ana_s/Downloads/Monografia_FINAL.pdf
- Fonseca, A. (2009). *Estado nutricional: relação com a atividade física e doenças crónicas em idosos institucionalizados*. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/954/1/Mestrado_Finalfinal_mm.pdf
- Freijer, K., Tan, S. S., Koopmanschap, M. A., Meijers, J. M. M., Halfens, R. J. G., & Nuijten, M. J. C. (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 32(1), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.06.009>
- Fundo de População da Nações Unidas. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio – Resumo Executivo. In *Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

- Gama, A., Marques, P., Madeira, T., & Rosado-Marques, V. (2020). Excesso de peso ou obesidade e fatores do estilo de vida em idosos do concelho de Lisboa. *Antropologia Portuguesa*, 37(37), 131–157. https://doi.org/10.14195/2182-7982_37_6
- INE. (2020). Estatísticas Demográficas 2019. In *Configurações* (Issue 25). <https://doi.org/10.4000/configuracoes.7853>
- Kvamme, J. M., Grønli, O., Florholmen, J., & Jacobsen, B. K. (2011). Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromsø Study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 112. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-112>
- Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Saveria, G., Sisto, A., & Marzetti, E. (2016). Anorexia of aging: Risk factors, consequences, and potential treatments. *Nutrients*, 8(2). <https://doi.org/10.3390/nu8020069>
- Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Santos, O., Alarcão, V., Goulão, B., Mendonça, N., Nicola, P. J., Yngve, A., Bye, A., Bergland, A., Amaral, T. F., Lopes, C., & Clara, J. G. (2018). Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: The PEN-3S study. *Public Health Nutrition*, 22(3), 486–497. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002318>
- Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Santos, O., Alarcão, V., Nicola, P. J., Lopes, C., & Gorjão Clara, J. (2020). Geriatric Assessment of the Portuguese Population Aged 65 and Over Living in the Community: The PEN-3S Study Avaliação Geriátrica da População Portuguesa Com 65 ou Mais Anos a Residir na Comunidade: Estudo PEN-3S. *Acta Med Port*, 33(8), 475-482.
- Melo, M. (2015). *Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados no distrito de Braga*. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23167/1/TESE_Manuela Melo.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23167/1/TESE_Manuela%20Melo.pdf)
- Nauki, P. (2011). The fight against malnutrition final declaration. In *ESPEN* (pp. 3-4).
- Nestlé Nutrition Institute. (2009). Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional. In *Nestlé Nutrition Institute*. <https://doi.org/10.1177/1474885110363983>
- Parente, A., Pereira, A. M., & Mata, A. (2018). Estado Nutricional e Nivel de Independência em Pessoas Idosas. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 12, 18–25. <https://doi.org/10.21011/apn.2017.1204>
- Pessoa, A., Almeida, P., Marinho, R., Duque, S., Amaral, T., Pinho, J., Santos, M., Freire, E., Mendes, L., Santos, L., Marinho, A., Clara, J. G., & Correia, J. A. (2020). Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. *Medicina Interna*, 27(1), 77–85. <https://doi.org/10.24950/Guidelines/Consensus/1/2020>
- Souza, R., Fraga, J. S. de, Gottschall, C. B. A., Busnello, F. M., & Rabito, E. I. (2013). Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 81-90. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100009>
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H., Vandewoude, M., Wirth, R., & Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052–1073. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004>
- World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. In *Advances in gerontology = Uspekhi gerontologii / Rossiiskaia akademiia nauk, Gerontologicheskoe obshchestvo* (Vol. 11). <https://doi.org/10.1080/tam.5.1.1.37>

AUTHOR INSTRUCTIONS

Elaboration and submission of articles

The preparation and submission of papers for the *Psique* journal abides to international scientific standards, contingent upon the fulfillment of several requirements listed below:

1. Papers submitted for publication must be original. The authors sign a declaration (Appendix 1) where they warrant that:

A) are in fact the authors and are fully responsible for the content of their paper;

B) that their work abides to the international ethical and methodological standards within the field of Psychology proposed by the American Psychological Association – APA) and by the European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research);

C) and that, they have not simultaneously submitted the paper for publication elsewhere.

D) The journal will use all means to guarantee the above criteria, namely, to request proof of documents and through the use of plagiarism software (Urkund). Authors will be informed in case of indicators of plagiarism, and can comment on these indicators before the rejection of the manuscript.

2. Copyright of the publication is vested in *Psique*, while the copyright of texts rests with the individual author(s); in case of later republication elsewhere, reference to the *Psique* publication should be indicated. The journal does not carry out any embargo on the articles. The author(s) may disclose the article in auto archive systems or in institutional repositories.

3. Submitted papers may be sent as an attached file to the Editorial Coordination of the journal *Psique*: Odete Nunes (onunes@autonoma.pt; psique@autonoma.pt).

4. The first page of the paper must contain the author(s)' identification, institution, city and country, as well as a contact e-mail address of all the authors of the paper.

5. Texts may be presented in Portuguese, Castilian, French or English.

6. Proposed papers will be subjected to blind peer review carried out by at least two specialists (PhD in Psychology) from the journal's Editorial Council, the majority of whom are external referees to Universidade Autónoma de Lisboa.

7. These are the steps involved in the process of manuscript submission and acceptance:

Manuscripts are received by the journal's editor and sent to reviewers, specialists in Psychology. Our is a double-blind peer-review system: both reviewers' and author's anonymity is preserved;

Reviewers will assess manuscripts and express their opinion on their quality and pertinence for the journal's aim and scope and may should suggest specific improvements. In case both reviewers disagree on their assessment, the editor may assess the manuscript and decide about its publication or request the opinion of a third reviewer;

Authors will be informed of the editorial decision, which may be:

a) Accepted (the manuscript is accepted for publication as it is);

b) Conditionally accepted (requires minor revisions), in this case the paper may be accepted by

the editor once the author introduces minor revisions;

c) Invited to re-submit after major revisions (the theme is of interest, yet the manuscript needs major revisions). In this case, authors are advised to rewrite the manuscript in accordance to reviewers' suggestions and re-submit it. Re-submitted manuscripts are sent to reviewers for re-assessment;

d) Rejected (when the manuscript does not meet the criteria for publication).

8. The common indicator for sending the original files is “.doc”.

9. There is a 30 pages limit to the size of papers, excluding the reference list, tables and illustrations.

10. The images, (diagrams, maps, tables and graphs) should be indicated and identified in accordance with the last edition of the Publication Manual of American Psychological Association (APA).

11. The structure of the paper should follow the guidelines set forth in the last edition of the Publication Manual of APA. The title, the summary, and the keywords, should be presented in the original language of the paper and in English. The summary should not exceed 200 words and the keywords should not be more than five.

12. Text quotations and bibliography references shall be in accordance with the guidelines of the last edition of the Publication Manual of APA, for example:

A. Scientific Journal Papers: Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology, 24*, 225-229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>

B. Books: Mitchell, T. R., & Larson, J. R., Jr. (1987). *People in organizations: An introduction to organizational behavior* (3rd ed.). McGraw-Hill.

C. Book Chapters: Bjork, R. A. (1989). Retrieval inhibition as an adaptive mechanism in human memory. In H. L. Roediger III & F. I. M. Craik (Eds.), *Varieties of memory & consciousness* (pp. 309–330). Erlbaum.

13. Whenever necessary, and without any interference to its inclusion in the “.doc” document, the original files of tables and figures may be sent separately, in JPEG, TIFF or XLS format.

14. Footnotes should be in accordance with the guidelines of the last edition of the Publication Manual of APA.

15. *Psique* publishes five types of papers:

A) Empirical papers that present reports of original research.

B) Literature reviews papers that develop research synthesis, meta-analyses, and critical evaluations of material that has already been published.

C) Theoretical papers in which the author develops advances in theory based on previous published literature.

D) Methodological papers that present new methodological approaches, modifications of existing methods or discussions of quantitative and qualitative data analytic approaches to scientific research.

E) Case studies, reports of case material obtained while working with an individual, a group, a community or an organization.

16. The journal *Psique* has a limit of one paper by the same author in each issue.

17. The editorial board of *Psique*, responsible for the evaluation of the manuscripts to be published, is constituted by, at least, 75% members from academic institutions outside the hosting institution of *Psique*.

18. The publication of *Psique* is semi-annual, from the year of 2018, with publication date from January 1st to June 30th and from July 1st to December 31st.

19. *Psyche* subscribes to the codes of ethics and good editorial practices, namely:

The Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors, from the Committee on Publication Ethics: Committee on Publication Ethics (2011). Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors. Retrieved from http://publicationethics.org/files/Code_of_conduct_for_journal_editors_Mar11.pdf

The White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications, Council of Science Editors – Scott-Lichter, D. & Editorial Policy Committee, Council of Science Editors (2012). CSE's White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications. Retrieved from https://www.councilscienceeditors.org/wp-content/uploads/entire_whitepaper.pdf

In case of publication they permit the use of their work under a CC-BY license [<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>], which allows others to copy, distribute and transmit the work as well as to adapt the work and to make commercial use of it.

For more details on the ethical obligations of authors, reviewers and editorial coordination, consult the Publication Ethics and Best- Practice Guidelines tab.

21. The editorial process is totally free of costs for the authors. *Psyche* is a non-profit scientific publication.

APPENDIX 1

Lisbon, xx xx 20xx

Dear authors

The editorial coordination of Psique asks the authors of the manuscript titled “xxx”, to be published in volume xxx, to sign below in agreement to granting Psique the Copyright for the publication of the paper in printed and online forms. The granting of the copyright to Psique is only legitimate if all authors sign this

agreement.

By signing this document, the authors guarantee that the article submitted for publication is original, exclusively of their authorship and that it respected the international ethical and methodological standards in the scientific field of Psychology, namely the ones proposed by the American Psychological Association (APA) and the European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research). Authors are fully responsible for what is written in the articles and ensure that they do not submit the work simultaneously to another journal for publication.

Psyche holds the copyright of the entire publication. However, each author has the copyright of his own text. If authors decide to later republish it elsewhere, they are asked to refer to the publication in Psique. The journal publishes in open access, does not carry out any embargo on the articles and authors can share the article in auto file systems or in institutional repositories.

Below are the full names of the authors for signature:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Odete Nunes
Editor in Chief of Psique

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Elaboração e submissão de artigos

A elaboração e submissão de artigos para a revista *Psique* subordina-se aos padrões científicos internacionais, de acordo com as seguintes condições:

1. Os artigos submetidos para publicação têm de ser originais e inéditos. Os autores assinam uma declaração (Anexo 1) onde garantem:

A) Que realizaram o trabalho que apresentam e que são integralmente responsáveis pelo que está escrito nos artigos;

B) Que respeitaram os padrões éticos e metodológicos internacionais vigentes na área científica da Psicologia, propostos pela *American Psychological Association (APA)* e pela *European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research)*;

C) E que não submeteram o trabalho simultaneamente a outra revista para publicação;

D) A revista usará de todos os meios para garantir os anteriores critérios, designadamente, podendo pedir prova de documentos e através do uso de um software de plágio (Urkund). Os autores serão informados no caso de existirem indicadores de plágio, podendo pronunciar-se sobre esses indicadores antes da rejeição do artigo.

2. A *Psique* detém os direitos de autor sobre a publicação, no entanto, cada autor tem o copyright do seu próprio texto; no caso de o republicar mais tarde noutra local, pede-se a referência à publicação na *Psique*. A revista não procede a qualquer embargo dos artigos. O(s) autor(s) pode divulgar o artigo em sistemas de auto arquivo ou em repositórios institucionais.

3. Os artigos enviados para submissão devem ser remetidos em suporte eletrónico à Coordenação Editorial: Odete Nunes (onunes@autonoma.pt; psique@autonoma.pt).

4. Na primeira página do artigo deve constar a nome completo do(s) autor(es), sem siglas, a respetiva filiação, local e país, bem como o(s) e-mail(s) de contacto de todos os autores do artigo.

5. Os textos podem ser apresentados em português, castelhano, francês e inglês.

6. Os artigos propostos são submetidos a um processo de arbitragem científica, de revisão cega por pares (*blind peer review*) feita por, pelo menos, dois especialistas (Doutorados em Psicologia) que fazem parte do Conselho Editorial da revista, e cuja maioria é externa à Universidade Autónoma de Lisboa.

7. O processo de submissão e avaliação dos manuscritos submetidos seguirá os seguintes passos:

Os artigos são recebidos pelo Editor da revista e enviados para dois revisores. Os artigos serão enviados sem o nome dos autores para os revisores. Todo o processo de avaliação dos artigos é feito sob o anonimato dos autores para garantir uma “revisão cega por pares”. No processo de avaliação, os revisores também serão mantidos anónimos para os autores;

Os revisores avaliarão os artigos e expressarão a sua opinião sobre a qualidade do artigo, sobre a pertinência da sua publicação na revista e poderão indicar sugestões de melhoria tão específicas quanto possível para a reformulação do artigo. No caso das opiniões dos revisores serem discordantes, o Editor poderá decidir sobre a publicação, após a sua própria análise ao artigo, ou pode pedir um outro parecer a um terceiro revisor;

Os autores serão informados da decisão editorial, num período médio de três meses, que pode consistir em:

- A) Aceite (o manuscrito foi aceite para publicação na sua forma atual);
- B) Aceite condicionalmente, mediante pequenas reformulações, neste caso, após as alterações introduzidas, o artigo reformulado pode ser aceite pelo editor;
- C) Convidado a re-submeter após reformulações substanciais (o tema interessa à revista, porém, o artigo necessita de uma reformulação profunda). Nestes casos, os autores são convidados a reformular o artigo de acordo com as sugestões dos revisores e a re-submeter à revista. Após a reformulação dos artigos, estes serão enviados novamente aos revisores para uma segunda avaliação;
- D) Rejeitado (quando foi considerado que o manuscrito não cumpriu os critérios para publicação na revista).

8. A linguagem de base para o envio dos ficheiros originais é “.doc”.

9. A dimensão dos artigos tem um limite de 30 páginas, excluindo a lista de referências bibliográficas, tabelas e figuras.

10. As imagens (esquemas, mapas, tabelas e gráficos) deverão ser referidos e identificados em obediência à última edição do *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA).

11. A estrutura dos artigos deve obedecer às regras da última edição do Manual de Publicações da APA. O título e o resumo devem ser escritos na língua original do artigo e em inglês, bem como as palavras-chave do artigo. O resumo tem uma dimensão limite até 200 palavras e seguem-se-lhe as palavras-chave, no máximo de cinco.

12. As citações e referências bibliográficas são feitas de acordo com as normas da última edição do Manual de Publicações da APA, por exemplo:

- A) Artigos de Revista Científica: Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology, 24*, 225-229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>
- B) Livros de Autor: Mitchell, T. R., & Larson, J. R., Jr. (1987). *People in organizations: An introduction to organizational behavior* (3rd ed.). McGraw-Hill;
- C) Capítulos de Livros: Bjork, R. A. (1989). Retrieval inhibition as an adaptive mechanism in human memory. In H. L. Roediger III & F. I. M. Craik (Eds.), *Varieties of memory & consciousness* (pp. 309-330). Erlbaum.

13. Sempre que se justifique, sem prejuízo da sua inclusão no documento em “.doc”, os ficheiros originais dos quadros e figuras podem ser enviados em separado, em formato JPEG, TIFF ou XLS.

14. As notas de rodapé são feitas de acordo com as normas da última edição do Manual de Publicações da APA.

15. A Psique publica cinco tipos de artigos:

- A) Artigos empíricos que apresentam relatórios de investigações científicas originais.
- B) Artigos de revisão de literatura que desenvolvem análises críticas de material anteriormente publicado.
- C) Artigos teóricos em que o autor desenvolve avanços sobre teorias inovadoras ou anteriormente publicadas.
- D) Artigos metodológicos que apresentam novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre as abordagens quantitativas ou qualitativas na investigação científica.

E) Estudos de caso que reportam material de casos obtidos ao longo do trabalho com indivíduos, grupos, uma comunidade ou uma organização.

16. A revista *Psique* tem um limite máximo de publicação de um artigo de um mesmo autor em cada volume.

17. O conselho editorial da *Psique*, responsável pela avaliação dos artigos publicados, é constituído em, pelo menos, 75% por membros de instituições académicas externas à instituição de acolhimento da *Psique*.

18. A publicação é semestral, com data de publicação de 1 de janeiro a 31 de junho e de 1 de julho a 31 de dezembro.

19. A *Psique* subescreve os códigos de ética e boas práticas editoriais, designadamente:

O Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors, do Committee on Publication Ethics – Committee on Publication Ethics (2011). Code of Conduct and Best-Practice Guidelines for Journal Editors. Retrieved from http://publicationethics.org/files/Code_of_conduct_for_journal_editors_Mar11.pdf

O White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications, da Council of Science Editors – Scott-Lichter, D. & Editorial Policy Committee, Council of Science Editors (2012). CSE's White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications. Retrieved from https://www.councilscienceeditors.org/wp-content/uploads/entire_whitepaper.pdf

Para mais detalhes sobre obrigações éticas dos autores, revisores e coordenação editorial, consultar o separador *Ética Editorial e Boas Práticas*.

20. Em nenhuma etapa do processo editorial se estabelecem custos para os autores. A *Psique* é uma publicação científica sem fins lucrativos.

21. Em caso de publicação, os autores permitem o uso do seu trabalho através da utilização da licença creative commons, CC-BY [<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>], que permite a cópia, distribuição e transmissão do conteúdo, assim como a sua adaptação para uso comercial.

APÊNDICE 1

Lisboa, x de x de 20xx

A Revista Psique solicita que os autores do manuscrito intitulado “xxx”, a ser publicado no volume xxx, concedam os direitos autorais do manuscrito para publicação na forma impressa e eletrónica. Informamos que a concessão dos direitos autorais só será legítima, se todos os autores assinarem a presente carta.

Ao assinar o presente documento os autores garantem que o artigo submetido para publicação é original, é exclusivamente da sua autoria e que respeitou os padrões éticos e metodológicos internacionais vigentes na área científica da Psicologia, propostos pela American Psychological Association (APA) e pela European Science Foundation (European Code of Conduct for Integrity of Research). Os autores são integralmente responsáveis pelo que está escrito nos artigos e garantem que não submeteram o trabalho simultaneamente a outra revista para publicação.

A Psique detém os direitos de autor sobre o conjunto da publicação, no entanto, cada autor tem os direitos de autor do copyright do seu próprio texto. No caso de o republicar mais tarde, noutra local, pede-se a referência à publicação na Psique. A revista publica em acesso aberto, não procede a qualquer embargo dos artigos e os autores podem divulgar o artigo em sistemas de auto arquivo ou em repositórios institucionais.

Seguem abaixo os nomes completos dos autores por extenso para assinatura:

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Odete Nunes
Editor Diretor Psique

REVIEWERS INSTRUCTIONS

Article Review

The articles submitted to be published in *Psique* will be evaluated by two experts in the scientific domain of the paper, Ph.D in Psychology.

These are the steps involved in the process of manuscript submission and acceptance/rejection:

1. Manuscripts are received by the journal's editor in chief and after a preliminary analysis will be sent to two reviewers, in a double-blind peer-review system. Both reviewers' and author's anonymity is preserved;
2. Reviewers will assess the manuscripts and express their opinion on the quality and pertinence for the journal's aims and scope and should suggest specific reformulations to improve the quality of the manuscript.
3. In case both reviewers disagree on their assessment, the editor in chief may assess the manuscript and decide about its publication or request the opinion of a third reviewer.

Each reviewer should carefully read the manuscript and issue a justified and reasoned report on the appropriateness of manuscript for publication in *Psique*. The dimensions to consider in the evaluation process are the following:

1. Relevance and up to date of the theme of the manuscript for the scientific field of Psychology;
2. Coverage, adequacy and up to date of the analyzed scientific literature;
3. Appropriateness of the methodological procedures in relation to the objectives of the study;
4. Clarity of writing and correction of the article structure, according to the APA structure criteria;
5. Validity of the results obtained in relation to the objectives and the methodological procedures developed;
6. Scope, articulation and in depth of the discussion of the results obtained;
7. Formal correction of bibliographical references, formulas and tables; according to the APA formal criteria.

For guidelines on the ethical criteria in the editorial process please read the Publication Ethics and Best-Practice Guidelines.

Authors will be informed of the editorial decision, usually during the period of three months, which may be:

- a) Accepted (the manuscript is accepted for publication as it is);
- b) Conditionally accepted (requires minor reformulations), in this case the paper may be accepted by the editor once the author introduces the minor reformulations;
- c) Invited to re-submit after major revisions (the theme is of interest, yet the manuscript needs major revisions). In this case, authors are advised to rewrite the manuscript in accordance to reviewers' suggestions and re-submit it. Re-submitted manuscripts are sent to reviewers for re-assessment;
- d) Rejected (when the manuscript does not meet the criteria for publication).

On the link below you will find the evaluation format for the evaluation of manuscripts submitted to *Psique* [Manuscript Evaluation Sheet](#).

INSTRUÇÕES AOS REVISORES

Revisão de artigos

Os artigos submetidos para serem publicados em *Psique* serão avaliados por dois especialistas no domínio científico do estudo, doutorados em Psicologia.

As etapas envolvidas no processo de submissão e aceitação / rejeição dos manuscritos são as seguintes:

1. Os manuscritos são recebidos pelo editor da revista e, após uma análise preliminar, serão enviados para o parecer de dois revisores, sob um sistema de revisão de pares anônimo duplo. É preservado o anonimato tanto dos autores, como dos revisores.
2. Os revisores avaliarão os manuscritos e emitirão o seu parecer sobre a qualidade e pertinência dos manuscritos, face aos objetivos e âmbito da revista e devem sugerir reformulações específicas para melhorar a qualidade dos manuscritos.
3. Caso os dois revisores não estejam de acordo sobre a avaliação de um manuscrito, o editor pode avaliar o manuscrito e decidir sobre sua publicação ou solicitar a opinião de um terceiro revisor.

Cada revisor deve ler cuidadosamente o manuscrito e emitir um relatório justificado e fundamentado sobre a adequação do manuscrito para publicação na *Psique*. As dimensões a considerar no processo de avaliação são as seguintes:

1. Pertinência e atualidade do tema para o campo científico da Psicologia;
2. Cobertura, adequação e atualidade da literatura científica analisada;
3. Adequação dos procedimentos metodológicos face aos objetivos do estudo;
4. Clareza da escrita e correção da estrutura do artigo, de acordo com os critérios APA;
5. Validade dos resultados obtidos face aos objetivos e aos procedimentos metodológicos desenvolvidos;
6. Abrangência, articulação e profundidade na discussão dos resultados obtidos;
7. Correção formal das referências bibliográficas, fórmulas e tabelas, de acordo com os critérios formais APA.

Para instruções sobre os critérios éticos no processo editorial, por favor, leia o separador *Ética Editorial e Boas Práticas de Publicação*.

Os autores serão informados da decisão editorial, geralmente durante o período de três meses, que pode ser:

- a) Aceite (o manuscrito foi aceite para publicação na sua forma atual);
- b) Aceite condicionalmente, mediante pequenas reformulações. Neste caso, após as alterações introduzidas, o artigo reformulado pode ser aceite pelo editor;
- c) Convidado a re-submeter após reformulações substanciais (o tema interessa à revista, porém, o artigo necessita de uma reformulação profunda). Nestes casos, os autores são convidados a reformular o artigo de acordo com as sugestões dos revisores e a re-submeter à revista. Após a reformulação dos artigos, estes serão enviados novamente aos revisores para uma segunda avaliação;
- d) Rejeitado (quando foi considerado que o manuscrito não cumpriu os critérios para publicação na revista).

Em seguida para download, encontra a ficha de avaliação de manuscritos para publicação na *Psique*
Ficha de Avaliação de Manuscritos

