



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**O EFEITO MEDIADOR DO SUPORTE SOCIAL NA RELAÇÃO ENTRE A
RESILIÊNCIA E A SOLIDÃO NOS IDOSOS**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Matilde Alves de Castro

Orientadora: Professora Doutora Lídia Maria Ramos Serra

Número da candidata: 30003331

Abril de 2024

Lisboa

Dedico a minha dissertação ao meu pai, que é o meu exemplo de força e determinação.

Obrigada por me ensinares a nunca desistir dos meus sonhos. Esta conquista é nossa.

Saudades eternas.

Agradecimentos

Estou muito grata por ter terminado esta etapa tão bonita da minha vida. Escrevo estas palavras de coração cheio de gratidão para com diversas pessoas que cruzaram o meu caminho, nestes últimos seis nos.

Mãe, irmã, Rafael e avós, obrigada por acreditarem em mim, em todos os momentos e nunca duvidarem de que este momento ia chegar. Sou eternamente grata por poder partilhar a vida com vocês. Serão sempre os pilares da minha vida.

Aos meus padrinhos por toda a dedicação e generosidade para comigo. Que a nossa ligação especial se mantenha sempre.

Aos meus amigos, Catarina, Madalena, Rafaela, Vasco, Miguel, Rogério, Tomás, Paulo, João, Nuno e Leandro, por me terem sempre proporcionado momentos maravilhosos e me terem dado o apoio necessário nas fases mais complexas deste percurso.

Muito obrigada ao André que me deu a motivação que precisava para continuar.

Às minhas colegas, Diana, Raquel, Patrícia, Beatriz e Sofia, por estarem do meu lado e me motivarem quando ultrapassavam desafios nas suas vidas. Melhor que ninguém sabem as dificuldades que ultrapassámos, mas conseguimos.

Agradeço também à minha madrinha de faculdade, Fabíola, por todo o apoio ao longos destes anos, não só a nível académico como pessoal. Foram momentos maravilhosos.

Gostaria ainda de expressar a minha gratidão para com a minha orientadora Doutora Professora Lúcia Serra, pelo apoio fundamental no processo de dissertação. A sua dedicação fez-me acreditar no meu potencial.

Para terminar, agradecer à Universidade Autónoma de Lisboa e ao corpo docente pela sua excelência e por me proporcionarem uma aprendizagem tão enriquecedora.

Com a mais profunda gratidão.

Resumo

A solidão é uma experiência emocional e subjetiva de grande impacto no ser humano, em especial na população idosa. Diversos fatores, como a capacidade de resiliência e o suporte social, podem auxiliar à diminuição dos efeitos negativos que esta tem. O presente estudo, de natureza quantitativa e transversal, tem como principal objetivo entender de que modo o suporte social medeia a relação entre a resiliência e o suporte social na população idosa. Para complementar a análise em torno do objeto de estudo procedeu-se ainda a uma investigação relativa à correlação entre as variáveis em estudo e qual a sua força e sentido (positiva ou negativa). O estudo contou com a colaboração de 104 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos (média=75.63 anos $\pm$ 7.841), residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo. O protocolo do estudo foi implementado presencialmente e foi constituído por um questionário sociodemográfico, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, a Escala de Solidão (UCLA) e o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). Os resultados desta investigação revelaram que a solidão está negativamente correlacionada com a resiliência e com o suporte social e que, em contrapartida, estes últimos se correlacionam de modo positivo. Quanto ao efeito da mediação do suporte social foi comprovado que este medeia a relação entre a resiliência e a solidão. Deste modo, pode concluir-se que a presença de resiliência e de um suporte social satisfatório nos sujeitos permite a diminuição dos sentimentos de solidão. Neste sentido, a importância que as variáveis revelaram poderá ser considerada em programas de prevenção e sensibilização da solidão, vivenciada pelos idosos.

Palavras-Chave: Resiliência; Solidão; Suporte Social; Idosos.

Abstract

Loneliness is an emotional and subjective experience that has a major impact on human beings, especially the elderly. Various factors, such as resilience and social support, can help to reduce the negative effects of loneliness. The main aim of this quantitative, cross-sectional study is to understand how social support mediates the relationship between resilience and social support in the elderly population. To complement the analysis of the object of study, an investigation was also carried out into the correlation between the variables under study and their strength and direction (positive or negative). The study involved 104 elderly people aged between 65 and 92 (mean=75.63 years $\pm$ 7.841) living in the Lisbon and Tagus Valley region. The study protocol was implemented in person and consisted of a sociodemographic questionnaire, the Wagnild and Young Resilience Scale, the Loneliness Scale (UCLA) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). The results of this research revealed that loneliness is negatively correlated with resilience and social support, while the latter is positively correlated. The effect of social support mediation was shown to mediate the relationship between resilience and loneliness. It can therefore be concluded that the presence of resilience and satisfactory social support in individuals reduces feelings of loneliness. In this sense, the importance that the variables revealed could be considered in programs to prevent and raise awareness of the loneliness experienced by the elderly.

Keywords: Resilience; Loneliness; Social Support; Elderly.

Índice

Introdução	11
Parte I- Revisão de Literatura	14
1. Envelhecimento	14
1.1. Definição de envelhecimento.....	14
1.2. Prevalência	15
1.3. Alterações associadas ao envelhecimento	15
1.4. Diferentes tipos de idade.....	19
1.5. Fatores de proteção e de risco do envelhecimento.....	20
1.6. Envelhecimento normal e patológico.....	23
1.7. Teorias explicativas do envelhecimento	24
2. Solidão.....	28
2.1. Definição de solidão	28
2.2. Prevalência	29
2.3. Impacto da solidão nos idosos	30
2.4. Fatores de proteção e de risco da solidão.....	32
2.5. Teorias explicativas da solidão	34
3. Resiliência	37
3.1. Definição de resiliência.....	37
3.1. Fatores internos e externos associados à resiliência	38
3.2. Resiliência e envelhecimento.....	41
3.4. Estratégias de promoção da resiliência nos idosos	42
4. Suporte social	44
4.1. Definição de suporte social.....	44
4.2. Suporte social nos idosos	45
4.3. Fontes de suporte social	47
4.4. Institucionalização	50
4.5. Modelos teóricos explicativos do suporte social	51
Parte II- Estudo Empírico.....	53
5. Apresentação do problema.....	53
6. Objetivos de investigação	55
6.1. Objetivo geral.....	55

6.2. Objetivos específicos	55
7. Hipóteses	55
8. Método	57
8.1. Amostra.....	57
8.2. Instrumentos de avaliação.....	59
8.3. Procedimento	61
9. Análise de dados.....	62
Parte III- Resultados.....	64
10.1. Consistência interna dos instrumentos.....	64
10.2. Normalidade das distribuições.....	64
10.3. Estatística descritiva.....	65
10.4. Correlações entre as variáveis em estudo	66
10.5. Mediação.....	68
Parte IV- Discussão	70
Parte V- Considerações finais	74
11. Conclusões	74
12. Implicações praticas.....	75
Referências Bibliográficas.....	77
Anexos	98
Anexo 1- Consentimento informado do participante	98
Anexo 2- Consentimento informado do representante legal.....	99
Anexo 3- Autorização das instituições.....	100
Anexo 4- Questionário sociodemográfico	101
Anexo 5: MSPSS- <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>	102
Anexo 6: Escala de Resiliência de Wagnild e Young.....	106
Anexo 7: Escala de Solidão (UCLA)	109

Índice de figuras

Figura 1- Efeito mediador do suporte social na relação entre resiliência e solidão	69
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra (n=104).....	58
Tabela 2- Normalidade das distribuições das variáveis em estudo (n = 104).....	64
Tabela 3- Medidas de estatística descritiva das variáveis em estudo.....	65
Tabela 4- Correlação entre a resiliência e a solidão.....	67
Tabela 5- Correlação entre a resiliência e o suporte social.....	67
Tabela 6- Correlação entre o suporte social e a solidão.....	68

Lista de abreviaturas

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MSPSS	<i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UCLA	Universidade de Califórnia, Los Angeles

Introdução

O fenómeno conhecido como “envelhecimento demográfico” consiste no aumento progressivo de sujeitos com idades mais elevadas, em relação à população geral (Serafim, 2007). Este tem despertado a atenção da comunidade científica, desde a década de 80, devido às mudanças significativas na estrutura populacional (Tavares et al., 2023; Veloz et al., 1999). Estas mudanças na estrutura populacional são resultado de variados fatores como os avanços medicinais, a melhoria da qualidade de vida da população em geral, a diminuição significativa da natalidade, entre outros indicadores (Gomes & Galvão, 2021; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002).

O envelhecimento trata-se de um processo natural do ciclo da vida e pode ser caracterizado por diversas alterações a nível psicológico (e.g. conflitos internos, mais maduro, suscetibilidade à depressão e ansiedade), fisiológico (e.g. alterações na mobilidade e na autonomia) e social (e.g. reforma, viuvez, institucionalização) (Direção Geral da Saúde, DGS, 2006). Este promove o declínio a diversos níveis da saúde e de funcionamento, como na capacidade cognitiva, nas mudanças cerebrais (e.g. produção de neurotransmissores, défices neuronais), nas alterações fisiológicas (e.g. aumento do cortisol, diminuição da imunidade) e do organismo (Cancela, 2007; Charchat-Fichman et al., 2005; Fernandes, 2012). Para além disto, os sentimentos de solidão são frequentes nesta etapa da vida, sendo originados por situações como o luto, o estreitamento dos laços sociais, a reforma, entre outros (Barroso & Tapadinhas, 2006; Assis, 2005). Deste modo, nos últimos anos, o estudo do conceito de solidão tem sido mais notório e motivado, essencialmente, pelo fator de envelhecimento populacional (Azeredo & Afonso, 2016).

A solidão é definida como um conceito subjetivo de insatisfação ou insuficiência de relações íntimas e seguras, estimulando a necessidade urgente de as satisfazer (Berger & Poirie, 1995; Hossen, 2012). Esta realidade provoca sentimentos de tristeza e angústia, causando um sofrimento significativo ao sujeito (Pinhel, 2011). É importante também salientar que a resiliência surge enquanto capacidade muito associada a um melhor nível de bem-estar e à diminuição de sentimentos de solidão e sofrimento psicológico. Esta capacidade pode construir-se e aprimorar-se ao longo da vida, pois o sujeito lida com diversas adversidades e vai melhorando a sua resposta a estas (Röhr et al., 2020).

Durante o processo de envelhecimento, é frequente o surgimento de doenças inerentes a este. Estes motivos explicam de que modo a resiliência é essencial, uma vez que pode permitir ao sujeito ultrapassar os desafios que vão surgindo, através de processos adaptativos, respondendo assim, de forma mais positiva e autónoma aos mesmos. Posto isto, a resiliência é considerada um fator de proteção contra o envelhecimento, tendo como propósito a diminuição dos seus efeitos negativos (Silva Júnior et al., 2019). De um modo explicativo, um estudo realizado por Rodrigues & Tavares (2021), revelou que maiores níveis de resiliência estão associados à perpetuação de atividades na vida diária, à ausência de sentimentos depressivos e ainda à perceção de uma saúde mais positiva. A criação de estratégias de *coping* e desenvolvimento da resiliência podem surgir simultaneamente com a existência de um suporte social adequado, pelos sentimentos de pertença e suporte sentidos pelos sujeitos apoiados (Azeredo & Afonso, 2016; Ferreira & Freire, 2010).

O suporte social, assume-se como meio de avaliação do nível de integração dos sujeitos na sociedade (Silva Júnior et al., 2019). É ainda definido pela relação criada com outros sujeitos ou redes que fornecem proteção, orientação e promoção de saúde (Ribeiro et al., 2019). Determinadas pessoas, mesmo estando mais distantes dos seus familiares e amigos, caso se sintam protegidos e apoiados, não sentirão, com tanta frequência, sentimentos de solidão (Oliveira & Barroso, 2020). Outro exemplo demonstrativo é o estudo desenvolvido por Caetano (2013), que teve como objetivo analisar a relação entre a satisfação dos sujeitos com as suas redes de apoio social e os seus sentimentos de solidão. Este estudo revelou a existência de uma correlação negativa entre a solidão e o suporte social, refletindo que ao possuir uma rede de suporte social adequada, os sentimentos de solidão diminuem significativamente. Assim, os efeitos negativos da solidão podem ser colmatados com a existência de um suporte social adequado (Azeredo & Afonso, 2016; Ferreira & Freire, 2010).

O presente estudo possui uma relevância acentuada por diversas razões. Sendo a solidão considerada uma problemática atual a nível mundial, a sua análise pode ajudar a identificar as suas consequências e possíveis estratégias, com vista à sua diminuição (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1984). O estudo sobre a resiliência e o suporte social pode ajudar a fornecer conhecimentos fundamentais para empoderar os idosos, de modo a lidarem melhor com os desafios do envelhecimento. O seu bem-estar depende de diversos

fatores, como psicológicos, fisiológicos e sociais, sendo fundamental perceber a relação entre variáveis (Schneider & Irigaray, 2008). Com a descoberta de novos resultados, é possível desenvolver, de modo mais pertinente, intervenções e estratégias adequadas à promoção do bem-estar na população idosa. Embora existam alguns estudos que avaliem individualmente estas três variáveis nos sujeitos idosos, são escassos ou até inexistentes os estudos que as relacionam e que analisam o efeito mediador do suporte social. Assim, o objetivo desta dissertação é estudar o efeito mediador que o suporte social apresenta na relação entre a resiliência e a solidão em pessoas idosas (Agostinho, 2004).

Neste sentido, a presente dissertação encontra-se dividida, essencialmente, em quatro grandes partes. A primeira parte, que remete à fundamentação teórica, visa explicitar e aprofundar as temáticas principais deste estudo. A segunda parte, é referente ao estudo empírico, onde é realizada a apresentação do problema, os objetivos, as hipóteses e o método utilizado. A terceira parte corresponde aos resultados obtidos no estudo empírico realizado, bem como as suas limitações. Por fim, na última e quarta parte, são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos.

Parte I- Revisão de Literatura

1. Envelhecimento

1.1. Definição de envelhecimento

Segundo a OMS (1984), desde a década de 80, que o envelhecimento demográfico se tem revelado um evento mundial, quer em países desenvolvidos, quer em países em desenvolvimento. Assim, atingir os 65 anos já não é considerado algo raro, pois existe um maior número de pessoas a atingi-lo, sendo uma conquista do século atual.

Para a OMS (2002), um sujeito é considerado idoso quando atinge os 60 anos em países em desenvolvimento e os 65 anos em países desenvolvidos. Segundo Lee et al. (2018), a velhice inicia-se aos 65 anos, sendo que com mais de 85 anos já se considera o sujeito, um adulto mais velho. Já para Schneider & Irigaray (2008), considera-se idoso o momento em que o sujeito atinge os 60 anos, a despeito dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, que justificam a entrada na velhice.

Estima-se que em 2025, a população com mais de 65 anos irá aumentar significativamente (Agostinho, 2004). O presente facto deve-se à diminuição da natalidade, causada pela emancipação da mulher, pela diminuição dos casamentos ou por estes serem mais tardios, pela eficácia e conhecimento dos métodos contraceptivos, pela melhoria da qualidade de vida e pelo aumento da esperança média de vida (Fernandes, 2012).

Existem diversas diferenças de sexo no processo de envelhecimento. Apesar das melhorias nos cuidados de saúde e nos programas de apoio de saúde pública, estas diferenças persistem. As mulheres têm, geralmente, uma esperança média de vida superior à dos homens, contudo, são mais frágeis e suscetíveis a sofrer de patologias crónicas e incapacitantes, como ginecológicas e urinárias, doenças crónicas renais, lúpus ou doenças musculares. As mulheres sofrem ainda níveis superiores de dor e apresentam uma maior incidência de depressão. A suscetibilidade da mulher à depressão é mencionada por diversos autores, tais como Lewinsohn et al. (1988), que identificaram o sexo feminino como um fator de risco para a depressão. Nazroo et al. (1998), analisaram os relatos de humor de ambos os sexos e concluíram que estes enfrentam os desafios de forma distinta, utilizando o humor. Os autores constataram que as mulheres são mais facilmente afetadas pelo *stress* causado, por exemplo, com o cuidado dos filhos e da casa, devido ao seu papel na sociedade, podendo esta ser uma das explicações para uma maior incidência de depressão no sexo feminino (Correia

& Borloti, 2011). Relativamente à dor crónica, uma das explicações encontradas foi a sensibilização da perceção de dor, causada pelo ciclo reprodutivo feminino (Kreling et al., 2006). No que toca à autoperceção de saúde, os homens, em média, avaliam melhor a sua saúde do que as mulheres (Steinmayr, 2020). A demência de *Alzheimer* é uma das patologias ligadas ao envelhecimento com maior prevalência a nível mundial e com maior predominância nas mulheres. Estas tendem a ter piores sintomas e isto pode dever-se à oscilação dos níveis de glicose, no seu período reprodutivo. As mulheres possuem ainda uma redução mais acentuada da densidade mineral dos ossos posterior ao início da menopausa, enquanto os homens manifestam uma perda mais estável ao longo da vida. Deste modo, é importante ter em consideração estas diferenças para fornecer o suporte adequado a cada sujeito e de forma singular (Hägg & Jylhävä, 2021; Souza et al., 2022).

1.2. Prevalência

Nas décadas mais recentes, a Europa tem sofrido mudanças significativas a nível demográfico, associadas ao aumento da longevidade e à baixa natalidade (Gomes & Galvão, 2021; INE, 2002). A nível mundial, é estimado que o número de idosos duplique até 2050 e triplique até 2100 (Organização das Nações Unidas, 2021). Na Grécia, o número de idosos representa 20,5% da população, em Itália representa 21,4%. Já em França, a população idosa representa 20% e em Espanha verificou-se uma taxa de 19,4% (INE, 2002). De acordo com os dados da PORDATA, em 2019, 22,1% da população residente em Portugal era idosa, ou seja, com 65 ou mais anos. Entre o ano de 1961 e 2019, o índice de envelhecimento passou de 27,5% para 161,3%. Deste modo, Portugal foi considerado o quarto país do mundo com um maior número de idosos (Gomes & Galvão, 2021). Consoante um estudo realizado pelo INE, em Portugal, a população com mais de 65 anos irá aumentar significativamente, crescendo de 17,4% para 32,3% de 2008 a 2060 (INE, 2009).

1.3. Alterações associadas ao envelhecimento

Segundo Assis (2005), as mudanças relacionadas com o envelhecimento podem ser primárias, secundárias ou terciárias e surgem de forma natural ou devido a fatores ambientais, alimentação, entre outros. As primárias são progressivas, não reversíveis e não patológicas,

atingindo todos os seres humanos, sendo uma característica genética da própria espécie. Estas são graduais, sendo que têm um efeito cumulativo. As secundárias são referentes a alterações causadas por patologias comuns no envelhecimento, mas que surgem de influências externas. Estas podem estar relacionadas com doenças cardiovasculares e cerebrais, resultantes do estilo de vida do sujeito. Por fim, as terciárias correspondem à fase final da velhice, caracterizado por perdas significativas a nível fisiológico e cognitivo, sendo o acumular de efeitos negativos do envelhecimento (Fechine & Trompieri, 2012).

O processo do envelhecimento é marcado por modificações biológicas, sociais e psicológicas, que surgem com o decorrer da vida. Compreendendo este processo, ele é, maioritariamente, identificado quando o sujeito demonstra algum comprometimento nas suas capacidades físicas e/ou cognitivas (Mariano et al., 2020).

A nível funcional, as mudanças começam a acontecer a partir dos 40 anos, pois a estatura do sujeito diminui um centímetro por década, decorrente da diminuição da altura vertebral, dada a redução da massa óssea e devido a outras alterações da coluna vertebral. A pele tem a tendência para ficar mais fina, menos elástica e com menos oleosidade. Relativamente à visão, o declínio é muito acentuado, sendo mais notório na observação de objetos próximos. A audição vai diminuindo ao longo dos anos, sendo que é das primeiras funções a demonstrar falhas. Este declínio pode tornar-se incapacitante, impedindo o sujeito de realizar as suas tarefas de dia-à-dia de forma autónoma. O encéfalo também sofre alterações causadas pelo envelhecimento, diminuindo 10% do seu peso, pois a perda de neurónios causa a diminuição do seu peso e volume (Moraes et al., 2010; Santiago & Novaes, 2009; Schneider & Irigaray, 2008).

A dimensão motora é extremamente marcante no processo de envelhecimento e quando esta é comprometida leva à limitação da mobilidade, pois as alterações cerebrais causam, por si só, mudanças motoras. Estas causam fragilidade, um alto risco de quedas, um certo grau de dependência, a institucionalização e podem levar à morte (Mariano et al., 2020).

A nível biológico a interação entre o genoma, ou seja, os fatores genéticos e os fatores estocásticos, que consistem em eventos aleatórios e imprevisíveis, está relacionada com a rapidez com que se dá o envelhecimento. Caso a atuação dos fatores estocásticos seja elevada e/ou a capacidade do organismo se adaptar for baixa, isto poderá causar um desequilíbrio, que irá aumentar a sustentabilidade de lesões e défices celulares e prejuízos a nível da

percepção, aprendizagem e memória. A capacidade de produzir e dar respostas aos estímulos externos também fica comprometida. Dão-se alterações no tempo de ação-reação, na perda do tecido nervoso, na baixa produção de neurotransmissores, na redução da acuidade auditiva e visual (Mariano et al., 2020). Os prejuízos a nível da orientação espacial e temporal são comuns no processo de envelhecimento. Geralmente, este declínio é causado pela pouca prática, por patologias, por fatores comportamentais, como a toma de medicamentos ou o abuso de álcool, por fatores psicológicos, como a falta de motivação ou confiança ou fatores sociais, como o isolamento ou a solidão (Schneider & Irigaray, 2008).

Uma das queixas cognitivas mais usuais está relacionada com as perdas de memória. A memória de procedimento, ligada a atividades como ler, conduzir, completar palavras e a memória semântica, que corresponde à lembrança do sabor de algum alimento ou de alguma voz e às informações como nomes de países e capitais, mantêm-se preservadas. Contudo, a memória episódica, como recordar determinadas situações e a memória de trabalho, que consiste na capacidade de o sujeito processar informações num curto espaço de tempo, sofrem alterações, comprometendo assim, a tomada de decisão, o processo de aprendizagem e a execução de atividades do quotidiano (Santos et al., 2009). A velocidade de processamento é extremamente afetada, pois dá-se uma lentificação do raciocínio, como em compreender os textos que lê e na compreensão de ideias, necessitando de explicações mais completas. Deste modo, as capacidades cognitivas mais evidentes que sofrem alterações com o envelhecimento são: a memória de trabalho, a rapidez de processamento e as capacidades espaciais. Já as capacidades ligadas à inteligência verbal e a maior parte das capacidades de comunicação, mantêm-se preservadas (Moraes et al., 2010).

O aumento da idade é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de demência. É estimado que cerca de 46,8 milhões de sujeitos, ao redor do mundo, possuam demência. E estima-se que até 2030, este número cresça para 74,7 milhões. A mais comum é a Demência de *Alzheimer*, que corresponde a cerca de 70% dos casos. Esta é considerada neurodegenerativa e provoca a perda de funções cognitivas, como a memória, a linguagem e os pensamentos e leva à perda da independência para a realização de tarefas quotidianas. Ao longo do tempo, vai progredindo (Bigueti & Lellis, 2018).

A nível psicológico, o idoso revela-se mais maduro, com a sua consciência desenvolvida e os seus valores modificados e mais racionais, em comparação às anteriores

fases da sua vida. A sabedoria alcançada ao longo do seu percurso reduz a sua vulnerabilidade, tornando-o mais apto a tolerar o sofrimento e a perda da sua funcionalidade (Moraes et al., 2010).

A ansiedade e a depressão são quadros frequentemente encontrados no atendimento a idosos e os seus sintomas podem coexistir (Biasus, 2016; Santos et al., 2009). A depressão é a patologia psiquiátrica mais frequente nos idosos, impactando negativamente a sua vida. Esta é, geralmente, acompanhada de sintomas como diminuição da energia; lentificação motora; pensamentos negativos; falta de interesse nas atividades quotidianas; alterações de sono e apetite; dificuldades cognitivas, como na memória e atenção; e alterações comportamentais. Estes sintomas são mais complicados de identificar num idoso, pela existência de patologias crónicas (e.g., demências) que causam sintomas semelhantes (Gonçalves et al., 2020; Zucco & Silveira, 2023). As perturbações de ansiedade são também comuns na velhice, pelo medo da perda de independência e da morte (Biasus, 2016). Esta pode ser caracterizada como um estado emocional relacionado com conflitos internos a nível psicológico e sentimentos negativos de sofrimento e tristeza (Gonçalves et al., 2020). Os sintomas mais comuns da ansiedade em idosos é a tensão motora, que poderá causar tremores e tensão muscular; agitação; sudorese; boca seca; sensação excessiva de frio ou calor; alterações gastrointestinais; taquicardia; preocupação regular e excessiva; pressentimentos negativos constantes e desmedidos e estado de vigília permanente, causando insónias e dificuldades na concentração (Zucco & Silveira, 2023).

A nível social, dão-se mudanças nos papéis, pois são esperados determinados comportamentos que sejam correspondentes com a sua idade. Estes comportamentos passam pelo vestuário mais conservador e forma de comunicar menos juvenil. Os papéis sociais variam segundo a cultura, o género, a classe social e a idade. A cultura é essencial, pois esta é que define como a sociedade vê o envelhecimento e os idosos. É comum que um sujeito seja visto como idoso quando se aposenta, visto que se torna economicamente dependente (Schneider & Irigaray, 2008).

A senescência psíquica é um conceito que está relacionado com uma adaptação positiva às mudanças causadas pelo envelhecimento, encontrando satisfação na vida apesar dos desafios enfrentados. Ao contrário da senilidade psíquica, que está ligada às

psicopatologias presentes no processo do envelhecimento e até antes do seu início (Ribeiro et al., 2016).

1.4. Diferentes tipos de idade

A velhice deve ser compreendida por meio de diversos fatores, sendo estes: a idade cronológica, biológica, psicológica e social. Estes variam de acordo com a cultura em que o sujeito se encontra, a política, economia, história e geografia, produzindo diversas representações sociais do que é ser idoso (Schneider & Irigaray, 2008).

A idade cronológica é medida através do tempo, sendo um padrão absoluto, mensurando a passagem do tempo desde o nascimento, ou seja, o número de anos. Esta fornece informações úteis sobre um sujeito. Contudo, ao medir apenas o tempo desde o nascimento, não são fornecidas informações sobre o seu índice de desenvolvimento (Anderson & Brodowsky, 2015; Carvalheiro, 2019; Jardim & Jardim, 2021; Schneider & Irigaray, 2008).

A idade biológica define-se por meio de alterações a nível corporal e mental, que vão surgindo ao longo do tempo. A mudança e a perda correspondem ao envelhecimento do sujeito, sendo notória nas células do mesmo (Borson & Romano, 2020; Carvalheiro, 2019; Schneider & Irigaray, 2008).

A idade psicológica pode ser definida através das capacidades adaptativas que os sujeitos têm, de modo a adaptarem-se às exigências do meio. Por meio de diversas características psicológicas, como: a aprendizagem, a memória, a inteligência, a regulação emocional, as estratégias de *coping*, entre outros, os sujeitos adaptam-se ao meio. No envelhecimento, as características psicológicas referidas vão sofrendo alterações, como uma maior dificuldade de novas aprendizagens, diminuição da memória, entre outras (Carvalheiro, 2019; Schneider & Irigaray, 2008).

A idade social diz respeito ao *status* social e aos hábitos adquiridos pelo sujeito, de modo a preencher determinados papéis sociais e expectativas de acordo com a sua idade. Deste modo, um sujeito pode ser considerado mais velho ou mais jovem de acordo com a forma como este se comporta, pelo que é esperado pela sociedade em que está inserido. Assim, envolvendo características como o vestuário, os hábitos, a linguagem, a liderança, entre outros. Sob outro enfoque, o envelhecimento social corresponde ao processo de

mudança dos próprios papéis sociais, sendo que o esperado é o idoso ter determinados comportamentos que correspondam aos papéis destinados a estes, como um comportamento mais calmo e conversador, a dedicação a novos *hobbies*, entre outros (Schneider & Irigaray, 2008).

1.5. Fatores de proteção e de risco do envelhecimento

Os fatores de proteção dizem respeito à atenção dada à prevenção e forma de enfrentar os obstáculos causados pelo envelhecimento, com vista a um processo saudável (Oliveira et al., 2021; Santos et al., 2009). Alguns destes fatores protetores podem ser a resiliência; uma vida ativa e autónoma; a saúde física, como prática de exercício físico e alimentação equilibrada; um nível alto de escolaridade, cuidados de saúde adequados e a convivência social (Barroso & Tapadinhas, 2006; Gomes & Galvão, 2021; Fernandes, 2012; Hoyer & Roodin, 2003; Njegovan et al., 2001; Priulli et al., 2020; Santos et al., 2009; Schneider & Irigaray, 2008)

A resiliência é considerada um fator indispensável para um bom envelhecimento, na medida em que lhe permite uma capacidade para recuperar e manter o seu comportamento em momentos que lhe causam *stress*. Muitos idosos têm a capacidade de se adaptar a novas situações, como o luto e a institucionalização e desenvolver estratégias de *coping*, que correspondem a fatores protetores das suas capacidades cognitivas (Hoyer & Roodin, 2003; Schneider & Irigaray, 2008).

Um estilo de vida ativo, marcado pela independência na execução de tarefas diárias, como cozinhar, caminhar e realizar deveres financeiros, contribui para o bem-estar do sujeito. O declínio cognitivo acentuado causa a perda da capacidade para desempenhar estas tarefas, mas a manutenção das mesmas contribui para a independência e autonomia do sujeito (Njegovan et al., 2001; Santos et al., 2009).

A realização de atividade física consiste num fator de proteção do envelhecimento, uma vez que proporciona a manutenção da capacidade funcional da pessoa, melhorando aspetos psicológicos, fisiológicos e sociais. Deste modo, ajuda a prevenir patologias mentais, como a depressão e promove efeitos positivos no humor e nas doenças cardiovasculares. Para além disso, a prática de atividade física também apresenta benefícios na memória, na leitura, na atenção, entre outras funções cognitivas (Fernandes, 2012; Santos et al., 2009).

A manutenção de uma alimentação equilibrada é fundamental para uma saúde adequada e consiste num fator de proteção do envelhecimento. Uma dieta equilibrada auxilia na prevenção de défices nas funções cognitivas e doenças crónicas (Priulli et al., 2020). Esta garante a estruturação dos neurotransmissores, fortalece o sistema imunitário, protegendo o organismo de processos neuro-inflamatórios, e diminui a probabilidade de desenvolvimento de patologias, como o *stress* oxidativo, que consiste na perturbação do equilíbrio pró-oxidante e antioxidante, e alterações epigenéticas, que sem a alteração do DNA, podem causar das mudanças moleculares (Cochar-Soares et al., 2021; Correia et al., 2021; Sies et al., 2017).

De acordo com Weber et al. (2019), as vitaminas C e S, que são antioxidantes e as B9 e B12 ajudam a prevenir a Demência de *Alzheimer* e a impedir a sua progressão. Os sujeitos detentores desta demência estão mais expostos à falta de nutrição proteico-energética e a sua reserva de micronutrientes e de ácidos graxos pode estar comprometida. Uma alimentação rica em vitamina B12, B6 e ómega-3, contribui para a diminuição das doenças neurodegenerativas. Contudo, é frequente que os idosos efetuem poucas refeições ao longo do dia e que estas sejam de densidade nutricional inferior ao esperado. A diminuição do número de refeições pode ocorrer porque os mesmos podem apresentar patologias mentais, doenças crónicas e odontológicas e problemas financeiros (Priulli et al., 2020).

A vitamina D tem muita importância na manutenção de um bom desempenho cognitivo, dada a existência de recetores desta vitamina nas áreas do cérebro responsáveis do planeamento, do processamento e da formação de memórias recentes. A população idosa tem um elevado risco de défice desta vitamina, devido à sua baixa ingestão e síntese na pele (Oliveira et al., 2018). Segundo Sousa et al. (2019), as vitaminas B12 e B9 são fundamentais, para a manutenção de uma saúde cognitiva adequada, dos idosos. Num estudo realizado em 2019, os mesmos autores associaram a Demência de *Alzheimer*, os défices cognitivos e a depressão à falta destas. Os resultados demonstraram que um fraco desempenho cognitivo e sintomas depressivos estão associados a níveis inferiores destas vitaminas.

Um outro importante fator de proteção do declínio cognitivo é a escolaridade, visto que sujeitos com maior nível de escolaridade conservam melhor as suas funções cognitivas (Hoyer & Roodin, 2003; Schneider & Irigaray, 2008). O projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) realizado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São

Paulo e pela Organização Pan-Americana da Saúde (2000), analisou 2143 idosos, com idade superior a 60 anos, e concluiu que os défices cognitivos foram mais frequentemente encontrados em idosos com baixa ou nenhuma escolaridade. Comprovando assim que, a escolaridade auxilia o desenvolvimento da reserva cognitiva, ou seja, houve uma atenuação dos efeitos dos défices neuronais nas capacidades cognitivas, no processo normativo do envelhecimento (Santos et al., 2009).

No caso da presença de doenças crónicas, o acesso a cuidados de saúde adequados é considerado um fator de proteção. Estes otimizam as capacidades dos idosos, levando a um envelhecimento significativamente mais saudável (Gomes & Galvão, 2021).

Os idosos demonstram lidar melhor com as mudanças causadas pelo envelhecimento quando preservam a convivência social. A detenção de uma boa rede de apoio é um fator de proteção do envelhecimento, que tem importância na manutenção de uma boa saúde e conforto social. Diversas vezes, os idosos encontram-se isolados, pelo afastamento dos familiares e amigos, refletindo-se em sentimentos de solidão. É o caso dos sujeitos que vivem sozinhos, que revelam maiores níveis de solidão, ao contrário dos que vivem acompanhados (Barroso & Tapadinhas, 2006).

A OMS adotou o termo “envelhecimento ativo”, no fim da década de 90, visando transmitir a ideia de envelhecimento saudável, demonstrando a importância que o bem-estar físico, mental e social tem. Assim, os idosos devem permanecer ativos na sociedade, segundo as suas capacidades. Este conceito tem três pilares fundamentais: a saúde, a participação (como em trabalhos formais ou informais, voluntariado, participação na política ou na própria família) e a segurança (a nível social, financeiro e físico) (Steinmayr et al., 2020).

Para além dos fatores de proteção, existem também os fatores de risco, que são considerados fatores que tornam o sujeito mais vulnerável a situações negativas, aumentando a possibilidade de os idosos possuírem um processo de envelhecimento pouco saudável, sofrendo de patologias físicas e psicológicas. Estes podem estar relacionados à exposição ao *stress*, ao consumo de álcool e tabagismo (Couto, 2007; Oliveira et al., 2021).

O termo *ageism*, introduzido por Butler (1969), diz respeito à discriminação feita aos idosos e ao processo de envelhecimento, que pode ser visto como um fator de risco para este. É comum na sociedade, o envelhecimento ser visto como algo a evitar, pois a juventude é mais valorizada, aumentando os preconceitos sobre esta fase da vida. Uma manifestação

deste preconceito é a linguagem infantilizada que os sujeitos utilizam para comunicar com os idosos, que pode ter um impacto negativo na sua autoestima, capacidades linguísticas e percepção de autoeficácia. Outra evidência baseia-se nos maus-tratos físicos e psicológicos, realizados em idosos, nos sistemas de saúde e instituições (tanto físicos, como abuso, quanto psicológicos, considerando insultos ou manipulação) (Couto, 2007).

As situações de vida que causam *stress* podem ser consideradas fatores de risco para um envelhecimento saudável. Estes eventos podem ser imprevisíveis e que fogem ao controlo do sujeito, causando elevados graus de *stress* (Couto, 2007).

O tabagismo também é considerado um fator de risco do envelhecimento, uma vez que o acelera precocemente. Este favorece a vasoconstrição que diminui o fluxo sanguíneo, complica a oxigenação dos tecidos do organismo e pode causar isquemia, diminui ainda a produção de colágeno, que torna a pele menos elástica, e aumenta as rugas. A nicotina é uma substância presente no tabaco e, no caso das mulheres, diminui a produção de estrogénio, o que também acelera o processo de envelhecimento (Ferraz et al., 2021).

O consumo de álcool provoca a diminuição de antioxidantes no organismo e prejudica o sistema imunitário, dificultando as suas defesas contra diversas doenças. O seu consumo excessivo complica a oxigenação das células e a nutrição, uma vez que o álcool interfere na absorção destes pelo organismo. Deste modo, quanto maior o seu consumo, menor é a qualidade nutricional da alimentação do sujeito (Ferraz et al., 2021).

1.6. Envelhecimento normal e patológico

O processo de envelhecimento é diferente de sujeito para sujeito, mas este pode ser considerado normal ou patológico (Ribeiro, 2014). Segundo Cabrita & Abrahão (2014), o envelhecimento dito normal ou primário, consiste num declínio de algumas funções, como a memória e a motricidade. É fundamental encarar estas mudanças de forma positiva, pois a percepção de saúde e doença é essencial. O envelhecimento normal é intrínseco e dá-se por mudanças funcionais e estruturais próprias do envelhecimento (Nascimento et al., 2021).

A compreensão da normatividade é essencial para entender a diferença entre saúde e doença. A saúde está ligada à capacidade que o sujeito tem para responder aos desafios impostos, tanto externos quanto internos. Se esta resposta não for eficaz, pode estar diante a presença de uma doença (Cabrita & Abrahão, 2014).

O envelhecimento patológico é marcado por fatores externos, como doenças e lesões, que podem prejudicar a capacidade de adaptação do sujeito (Nascimento et al., 2021). As alterações na memória são as queixas a nível cognitivo mais habituais do envelhecimento normal. Contudo, são também os sinais de alterações patológicas do cérebro os mais comuns. A gravidade destas queixas é o que faz a distinção entre o envelhecimento normal ou patológico (Ribeiro, 2014). O envelhecimento patológico causa uma certa gravidade nas queixas de memória, o que leva à necessidade de procura de ajuda médica. Os profissionais podem avaliar as queixas e perceber se estas resultam de um envelhecimento normal ou se estão na presença de uma patologia. Sendo assim necessária uma avaliação neuropsicológica adequada, para o despiste de diversas patologias frequentes desta fase de vida. A avaliação permite a obtenção do perfil cognitivo do sujeito, que é comparado com o valor esperado para o grupo demográfico correspondente (Ribeiro, 2014). A nível cerebral, o envelhecimento patológico pode manifestar-se na diminuição do volume do hipocampo, por perda neuronal e atrofia dendrítica (Cochar-Soares et al., 2021; Souza-Talarico et al., 2011).

Têm sido notórios os progressos feitos no sentido do envelhecimento saudável da população, assim como da intervenção adequada no caso do envelhecimento patológico, por meio dos avanços na reabilitação neuropsicológica. Através de um planeamento antecipado desta fase, considerando o estilo de vida, a alimentação, a atividade física e a saúde mental, é exequível atingir uma certa qualidade de vida (Santos et al., 2009).

1.7. Teorias explicativas do envelhecimento

1.7.1. Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson

Segundo Erikson, a velhice corresponde à oitava idade e não consiste numa etapa de vida, mas sim num processo. Os estágios psicossociais do desenvolvimento humano são oito e, de acordo com o autor, o sujeito enfrenta desafios internos, relacionados com o seu ego e externos, como as exigências do meio (Kassulke & Soares, 2022).

Em cada estágio, o sujeito tem de ultrapassar uma crise, podendo ter um resultado positivo, surgindo um “eu” mais forte, ou negativo, fragilizando-o. A personalidade do sujeito vai-se adaptando segundo as experiências vividas (Soares, 2017). A crise que deve ser enfrentada pelo ego na velhice, após os 65 anos, corresponde à integridade *versus* desespero, que tem em vista a sabedoria. Ao ser atingida, o sujeito consegue visualizar o seu percurso e

refletir sobre as suas conquistas, podendo sentir-se realizado e com um propósito de vida. Por meio da aceitação da sua vida, sem arrependimentos, este é capaz de aceitar a morte, não se prendendo ao passado. Este deve fazer juízos congruentes sobre as diversas áreas da sua vida, como emprego, família, relacionamentos, entre outras, atingindo a integridade do ego. Deste modo, a integridade deve superar o desespero, para que esta fase seja concluída com sucesso (Kassulke & Soares, 2022).

Contudo Erikson, não nega a existência de desespero durante a vida, pois os sujeitos necessitam de se lamentar devido à sua vulnerabilidade. Porém, este deve manter-se envolvido na sociedade e possuir uma vida ativa. O idoso não atinge esta fase de vida obrigatoriamente mais maduro psicologicamente (Papalia et al., 2013; Soares, 2017).

Para a formação de um “eu” estruturado e fortalecido, deve existir um movimento interno e externo, ou seja, trabalhar em si e no que o rodeia, de forma contínua, através de relações interpessoais de qualidade (Kassulke & Soares, 2022). O processo do envelhecimento não é compreendido da mesma forma por todos os idosos, visto que, alguns consideram este processo algo negativo na sua vida, devido ao declínio das suas capacidades, à solidão, entre outros. Já outros idosos experienciam esta fase de vida como algo positivo, devido à diminuição das suas responsabilidades e ao fim do seu emprego, significando o seu merecido descanso (Rosa, 2012).

1.7.2. Teoria da reserva cognitiva de Stern

A reserva cognitiva consiste num mecanismo que compensa os efeitos que uma lesão no cérebro causaria, que poderia provocar sintomas semelhantes aos da demência ou défice cognitivo. Assim, trata-se da manutenção das capacidades do cérebro. Com base na teoria da reserva cognitiva, os sujeitos com redes neuronais mais eficazes, são mais flexíveis e lidam melhor com patologias cerebrais (Hamdan & dos Santos, 2023).

Foram desenvolvidos dois modelos, para justificar como um sujeito pode não apresentar sintomas de danos cerebrais: a reserva cognitiva e a reserva cerebral. A reserva cognitiva trata-se de um modelo ativo, que se baseia na tentativa do cérebro suprir os défices cognitivos. Enquanto a reserva cerebral já consiste num modelo passivo, onde as dissemelhanças do cérebro, como o seu tamanho e a quantidade de neurónios, influenciam a forma como este manifesta os sintomas (Hamdan & dos Santos, 2023; Stern, 2009).

Para além de Stern também Threshold propôs um modelo que defendia a existência de um limiar de déficit cognitivo, que ao ser alcançado, manifesta determinados sintomas de demência. Deste modo, quanto mais reserva cerebral um sujeito possuir, mais tarde se irão manifestar os sintomas (Hamdan & dos Santos, 2023).

Já Bach-y-Rita et al. defenderam a existência do mecanismo da compensação neuronal, que se refere ao processo que os sujeitos sofrem quando detêm de algum déficit cerebral e, assim, aplicam estruturas cerebrais que não são geralmente, utilizadas por sujeitos saudáveis (sem défices), para compensar os défices neurológicos (Hamdan & dos Santos, 2023). Assim, este mecanismo é responsável por auxiliar ou manter um bom desempenho do sujeito (Stern, 2009).

1.7.3. Teoria do desenvolvimento ao longo da vida: life-span e life-course

A presente teoria do envelhecimento de Baltes (1987), centrada no conceito de *life-span*, é das mais predominantes no estudo do envelhecimento, por parte da Psicologia. Esta defende que se deve perceber os processos endógenos, como o desenvolvimento neurológico dos sujeitos, ao longo da sua vida. Este conceito diz respeito à duração que a vida tem, desde o nascimento até ao falecimento (Tomé & Formiga, 2020).

O termo “*life-course*”, ao contrário do *life-span* foca-se nos macroprocessos, ou seja, processos exógenos, caracterizados pela influência que os grupos e as organizações têm nos sujeitos. Verifica-se a existência de ganhos, correspondentes ao crescimento do sujeito e perdas, que consistem no chamado declínio. Deste modo, demonstrando a importância do desenvolvimento ao longo da vida, o desenvolvimento pode ser influenciado de três formas: pela idade, pela coorte e pela idiossincrasia. A primeira diz respeito à interação do sujeito com o ambiente, sendo mais forte na infância e no envelhecimento. A segunda atinge particularmente os sujeitos que nasceram no mesmo local e período, sendo normatizados por macroestruturas da cultura e da história. Por fim, a terceira depende da exposição do sujeito a eventos imprevisíveis e exige mais recursos individuais para serem enfrentados, como patologias, desemprego, viuvez, entre outros (Neri, 2006; Tomé & Formiga, 2020).

Na infância, a influência biológica é muito relevante, contudo, com o passar do tempo, o meio social vai ganhando importância, aumentando o seu grau de influência nos sujeitos. Se na infância, os recursos estão concentrados no crescimento e no desenvolvimento

de novas capacidades, na velhice os recursos voltam-se para a manutenção das mesmas e minimização das perdas (e.g. na saúde física, sexual, psicológica e social) (Neri, 2006; Tomé & Formiga, 2020).

A metateoria Seleção, Otimização e Compensação (SOC) demonstra como os sujeitos se adaptam à relação entre os ganhos e os declínios ao longo da vida. A Seleção constata as alternativas comportamentais existentes, concordantes com a plasticidade de cada um, utilizadas quando os recursos (e.g., tempo, energia, capacidade, entre outros) são escassos, evitando tarefas em que o sujeito encontra mais dificuldade e investindo naquelas em que tem melhores resultados. A Otimização diz respeito à aquisição, gestão, coordenação e manutenção dos recursos, tanto externos quanto internos, que já foram desenvolvidos e preservados, de modo a atingir níveis superiores de funcionamento. Isto dá-se devido ao treino cognitivo, aprendizagem continuada, suporte social, entre outros. Para finalizar, a Compensação explica a utilização de alternativas, como aparelhos auditivos, melhor organização do mobiliário do lar e estratégias mnemónicas, de modo a compensar as capacidades que já foram comprometidas (Moreira, 2018; Papalia et al., 2013).

2. Solidão

2.1. Definição de solidão

A solidão caracteriza-se pelo isolamento social sentido pelos sujeitos e é vivida como um sentimento de estar afastado da sua família, amigos e pessoas importantes (Serra et al., 2022). Esta é vista como um dos problemas mais preocupantes na população idosa e tem a tendência para se agravar, devido à evolução do envelhecimento demográfico (Azeredo & Afonso, 2016; Freitas, 2011).

Para Berger & Poirie (1995), a solidão está relacionada com a necessidade de estabelecer intimidade com outros sujeitos, pois esta não é satisfeita nas relações existentes. Deste modo, o sujeito pode possuir relações interpessoais, mas estas não satisfazem as suas expectativas e necessidades.

Segundo Hossen (2012), a solidão é um conceito subjetivo, que demonstra a insatisfação com os contactos sociais que o sujeito possui. Revelando assim, uma discrepância entre as relações que o sujeito espera e as que ele realmente possui.

De acordo com Fernandes (2000), a solidão é uma experiência subjetiva que pode ou não ser sentida pelos sujeitos, face à sua realidade de estar só e não o desejar ou estar acompanhado contra a sua vontade. Deste modo, as relações que detém são consideradas insatisfatórias.

Assim, segundo as diversas definições para o conceito de solidão, é viável reunir três aspetos concordantes, sendo eles: ser uma experiência subjetiva, não sendo o mesmo para diferentes sujeitos, mas que em qualquer ocasião causa sofrimento; poder ou não estar relacionada com o conceito de isolamento; e, por fim, suceder de relações insatisfatórias (relações que o sujeito possui, mas que não o satisfazem) ou insuficientes (inexistência de relações interpessoais) (Freitas, 2011).

Na atualidade, é emergente responder à problemática da solidão, visto que o número de idosos e os casos de solidão têm aumentado e causam um enorme sofrimento aos sujeitos que a sentem (Fonseca, 2005; Freitas, 2011; Gough et al., 2023). Os profissionais que têm contacto com idosos, devem ter especial atenção, pelo facto de estes poderem expressar os seus sentimentos de solidão por meio de sintomas psicossomáticos, demonstrações agressivas, depressivas ou até por tentativas de suicídio (Azeredo & Afonso, 2016). A solidão deve ainda ser tida em conta nos casos de violência contra os idosos, pois este é um fator que

a potencia. Num estudo de Serra et al. (2022), com o objetivo de compreender como o funcionamento cognitivo, a solidão e os afetos negativos predizem o risco de violência contra idosos, revelou que, de facto, a solidão é um fator preditor do risco de violência, sendo assim importante ter em atenção este fenómeno.

O autor Weiss (1973) sugeriu separar a dimensão social e pessoal da solidão, propondo assim a existência da solidão emocional e da solidão social. A primeira trata a inexistência de uma pessoa próxima a nível emocional, como um companheiro ou amigo, com o qual se tem um grande nível de intimidade. A solidão social consiste na inexistência de um grupo de contactos, não existindo assim envolvimento com uma rede social e sentimento de pertença. Esta pode surgir com a perda ou ausência de amigos próximos (Ferreira & Freire, 2010; citado por Freitas 2011; Lopes & Matos, 2018).

Um estudo realizado por Savikko et al. (2002), na Finlândia, com uma amostra constituída por 3915 sujeitos idosos, contribuiu para o aumento do conhecimento do conceito de solidão. O estudo centrou-se na prevalência da solidão e nas suas atribuições causais. Os resultados demonstraram que a solidão se manifestou mais em sujeitos mais velhos, que habitam em zonas rurais. Estes revelaram ainda que existem fatores potenciadores, como a viuvez, baixos rendimentos e um fraco nível funcional devido a uma má forma física (citado por Teixeira, 2010).

2.2.Prevalência

O sentimento de solidão pode manifestar-se em qualquer faixa etária, contudo, revela especial prevalência na adolescência e na velhice. Nesta, torna-se mais grave quando os sujeitos são institucionalizados e, anteriormente, tiveram um suporte familiar. Embora afete fortemente os idosos institucionalizados, a solidão atinge também idosos independentes. É fundamental entender que esta também pode surgir em idosos que se encontram a coabitar com as suas famílias. Dá-se o aumento da sua prevalência quando se dão acontecimentos traumáticos, como perdas ou quando a sua independência diminui. Alguns autores, revelam que a solidão está relacionada com aspetos da personalidade dos sujeitos, como a tendência para ser introvertido, ansioso ou depressivo e, ainda, com a autoestima, o estado de saúde, as competências sociais e os fatores sociodemográficos, como a idade, o sexo e o estado civil (Azeredo & Afonso, 2016; Freitas, 2011).

A prevalência de solidão, nos idosos, na América do Norte abrange uma taxa entre 8% e 10% (Yang & Victor, 2011). Nos países europeus, os idosos que possuem sentimentos de solidão representam 32% da população. Já países como Itália e França revelam valores entre os 27% e os 34%, demonstrando-se superiores aos restantes países da Europa (Quaresma et al., 2004).

Em Portugal, a solidão é mais acentuada em idosos do sexo feminino, em comparação com o sexo masculino, na mesma faixa etária (Rodrigues, 2018).

Um estudo português, realizado pelo Centro de Conhecimento *Rep.Circle- The Reputation Platform* (2021), baseado numa amostra de 2200 sujeitos, revelou que 20,4% de mulheres e 7,3% de homens sentem solidão, que sujeitos com menor escolaridade apresentam taxas de solidão mais elevadas (25,8%), que a solidão aumenta com a idade e que se verifica mais em pessoas viúvas (30,6%) e, de seguida, nas solteiras (15,8%) (Reputation Circle, 2021).

Outro estudo realizado em Portugal, pelo Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (2019), contou com a participação de 150 pessoas, com mais de 65 anos. Este visou compreender o impacto que a solidão tem em idosos seguidos em centros de saúde. Cerca de 91% dos idosos entrevistados sentiam solidão e um terço destes revelaram níveis graves (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

Segundo os Censos Sêniores realizados em 2021, foram identificados 44484 idosos a residir sozinhos ou em isolamento/vulnerabilidade, dada as suas condições físicas, psicológicas ou segurança (Guarda Nacional Republicana, 2021).

Durante a pandemia por Covid-19, os níveis de solidão aumentaram significativamente, dado as medidas de isolamento impostas pelo governo e a preocupação constante com a doença (Pecoits et al., 2021). Os níveis de depressão, baixa qualidade do sono, declínio mental e sedentarismo aumentaram também em conjunto com a solidão (Gough et al., 2023).

2.3. Impacto da solidão nos idosos

A solidão tem um impacto negativo na vida dos idosos, em diversos níveis, como psicológico, na qualidade do sono, fisiológico e cognitivo, prejudicando o seu bem-estar e a

sua saúde mental. Deste modo, são frequentes as ocorrências de desafios e dificuldades, na presença de sentimentos de solidão (Moura, 2021).

Abordando o impacto psicológico, a solidão é considerada um fator de risco do desenvolvimento de uma patologia depressiva, ideação e comportamento suicida (Barroso et al., 2019). São ainda habituais os sentimentos de medo, ansiedade, *stress* e raiva, diminuição do ânimo e declínio da cognição (Moura, 2021).

A nível da cognição, no estudo de Zhong et al. (2017), foi comprovado que não só a solidão tinha impacto no declínio cognitivo, como este tem impacto também na solidão, podendo aumentar os seus níveis, tornando-se um ciclo.

No estudo longitudinal de Yu et al. (2000;2006) com uma amostra de 639 participantes, foi avaliada a relação entre o isolamento social, a solidão e a qualidade de sono. Os resultados confirmaram a existência de um efeito negativo do isolamento social e da solidão na qualidade de sono dos idosos. O isolamento social e a solidão são consideradas duas premissas distintas, tendo efeitos distintos nos sujeitos. Contudo, o isolamento social tem efeitos mais significativos na qualidade do sono do que a solidão (Yu et al., 2018).

O estudo quantitativo de Schrempft et al. (2019), contou com a participação de sujeitos residentes em Inglaterra, com mais de 50 anos. Este procurou compreender as associações entre o isolamento social, a solidão e a atividade física. Relativamente aos resultados obtidos, o isolamento social e a solidão estão ligados a um comportamento mais sedentário e à redução da atividade física diária, aumentando o risco de problemas de saúde, incapacidade e doenças crónicas. O estudo de Shankar et al. (2015), procurou entender a ligação longitudinal entre as conexões sociais e o bem-estar subjetivo. Os resultados revelaram que o isolamento e a solidão estão relacionados com mudanças no bem-estar percetivo, a nível afetivo e cognitivo, ou seja, os próprios sujeitos avaliam o seu bem-estar de uma forma negativa, quando se sentem isolados e sós.

A nível fisiológico, dá-se o aumento de cortisol e diminuição significativa da imunidade. Assim, a qualidade do sono é afetada e pode dar-se o aumento de peso (Moura, 2021). Segundo o estudo de Luo & Waite (2014), a solidão tem impacto também na mortalidade dos idosos, uma vez que, sujeitos com níveis mais elevados de solidão estão relacionados a uma taxa de mortalidade mais elevada. Contudo, estes podem diminuir com o controlo frequente do seu estado clínico.

No estudo de Shankar et al. (2013), foi comprovado que o isolamento e a solidão diminuem a fluência verbal, a memória imediata e o atraso para recordar o passado, num espaço de quatro anos, ou seja, todas as funções cognitivas avaliadas foram associadas negativamente à solidão.

2.4.Fatores de proteção e de risco da solidão

A solidão possui determinados fatores de risco que aumentam a possibilidade de ocorrência de uma situação com potencial negativo. Estes podem ser uma rede de suporte social diminuta, pouco contacto com a família e amigos, fracas relações interpessoais, viver sozinho, condições de vida desfavoráveis, dependências físicas, viuvez ou divórcio, reforma do trabalho e conflitos frequentes a nível familiar ou matrimonial (Maia & Williams, 2005; Rodrigues, 2018).

O isolamento social é uma consequência de uma rede de suporte social insuficiente. Então, este pode levar a sentimentos de solidão. Contudo, mesmo possuindo uma rede de suporte social, os idosos podem sentir-se sós, por esta não responder devidamente às suas necessidades e exigências, ou por estes não se sentirem incluídos e parte desta rede (Lopes, 2015).

A faixa etária dos idosos é considerada vulnerável à pobreza, devido aos valores de reforma que recebem, o que leva à exclusão social. A pobreza e a exclusão social causam sentimentos de solidão, devido à falta de apoios (Lopes, 2015).

As dependências físicas severas estão associadas ao aumento dos sentimentos de solidão. E, na presença de ambos, o processo de envelhecimento saudável é prejudicado (Rodrigues et al., 2019).

A viuvez obriga a uma adaptação por parte do idoso, visto que o seu cônjuge representava uma figura importante do seu suporte social, sendo necessária a reorganização do seu quotidiano. A exigência de uma nova realidade exige um processo de compreensão do que esta perda significa e de como viver depois dela, podendo surgir sentimentos de raiva, negação e culpa. A viuvez tem uma forte correlação com a solidão e a depressão na população idosa (Lopes, 2015).

A reforma pode provocar sentimentos de inutilidade e incompetência, em conjunto com o fim de um padrão de vida e com a perda de alguns contactos sociais. Deste modo, esta

causa algum isolamento e falta de atividade, prejudicando o bem-estar e autoestima do sujeito (Teixeira, 2010).

A perpetuação de conflitos a nível familiar e matrimonial está subjacente à existência de sentimentos de solidão. A convivência saudável entre os membros da família está relacionada com o combate à solidão, uma vez que os idosos apresentam uma rede de suporte social adequada (Azeredo & Afonso, 2016).

Os fatores de proteção são aqueles que auxiliam a modificação da resposta do sujeito a uma situação difícil ou de risco. Exemplos de fatores de proteção, são: o casamento e viver em conjunto com outro sujeito, um grau de educação superior, um rendimento económico superior e a promoção de relações interpessoais (Ferreira & Casemiro, 2021; Maia & Williams, 2005; Rodrigues, 2018).

A sociabilização é essencial para o ser humano, sendo que desde o nascimento, este necessita de se relacionar com outros, para sobreviver. Os sentimentos de solidão têm a tendência para diminuir ou não se manifestar quando o sujeito vive na presença de outro, como um cônjuge ou familiar. Em contrapartida, morar sozinho traz consequências à vida do idoso, como solidão e tristeza, prejudicando a sua qualidade de vida. Os sujeitos que não vivem acompanhados revelam 1,81 vezes mais probabilidade de necessitar de antidepressivos, do que os que vivem acompanhados, demonstrando assim o seu efeito na saúde mental. Deste modo, mesmo vivendo sozinho e preservando a sua independência, o idoso deve ter acesso a um suporte social adequado (Kawakami et al., 2020).

A escolaridade dos idosos influencia os seus níveis de solidão, uma vez que idosos com baixos níveis de escolaridade possuem uma maior prevalência de sentimentos de solidão (Rodrigues, 2018). O estudo realizado por Reis et al. (2016), com uma amostra de 201 participantes, propôs-se a avaliar o nível de solidão, através de uma amostra composta por utilizadores regulares da aplicação *Facebook*. Os resultados revelaram que o nível de escolaridade tinha efeito nos níveis de solidão, uma vez que os sujeitos com menos escolaridade sentiam significativamente mais solidão e menos afinidade com outros sujeitos.

Um elevado nível de rendimento é também um fator de proteção contra a solidão. O estudo realizado por Matias & Vicente (2013), contou com a participação de 287 participantes, e propôs-se avaliar as redes sociais dos idosos portugueses, em relação a determinadas características, como: estruturais, relacionais e funcionais. Foi possível

concluir que existem diferenças significativas, nos níveis de solidão, entre os grupos em que os seus rendimentos mensais cobrem os gastos e permitem a realização de poupanças e o grupo em que estes rendimentos não permitem a concretização de poupanças. O grupo mais desfavorecido, não tem a capacidade de cobrir todos os seus gastos diários necessários e, por sua vez, possuem níveis de solidão superiores. Deste modo, é possível afirmar que os rendimentos mensais recebidos influenciam o nível de solidão, sendo que os sujeitos com rendimentos superiores são capazes de satisfazer as suas necessidades, contribuindo para níveis de solidão inferiores. Em concordância está o estudo de Barbosa (2012), que teve como objetivo entender os níveis de solidão de 52 idosos residentes em Ponte de Lima. Contudo, este estudo procurou também investigar outras variáveis, como a relação entre o nível de solidão e o seu rendimento mensal. Os resultados demonstraram que os idosos que possuem um rendimento mensal superior, nomeadamente entre os 500 e os 1000 euros, revelaram níveis inferiores de solidão. Enquanto os idosos com rendimentos inferiores a 250 euros, são os participantes que revelaram maiores níveis de solidão.

As relações interpessoais são um fator de proteção da solidão, visto que, através de grupos sociais, é possível proporcionar algum bem-estar, sentimento de pertença e, por sua vez, diminuir os sentimentos de solidão. Nestes grupos, os idosos podem praticar diversas atividades (educativas e de lazer, como pintura e artesanato), promovendo a sua saúde mental (Ferreira & Casemiro, 2021).

2.5. Teorias explicativas da solidão

2.5.1. Teoria Fenomenológica

Na década de 40, Rogers defendeu que o sujeito tem a liberdade e responsabilidade perante o seu comportamento, sendo um promotor ativo do seu processo terapêutico. Assim, este é autónomo e autodeterminado, conseguindo enfrentar todos os obstáculos da sua vida. Este tem ainda motivação intrínseca (ou seja, vontade própria) para um processo construtivo, de modo a evoluir e a complexificar-se (Borja-Santos, 2004).

Apesar de Rogers não abordar em profundidade o tema da solidão, este defendeu que o sujeito se sente só psicologicamente pela ausência de relações interpessoais verdadeiras, nas quais este é capaz de comunicar as suas experiências e demonstrar o seu verdadeiro “eu”.

Deste modo, demonstra o grande valor que o contacto humano tem na vida dos sujeitos (Jumaa, 2021).

De acordo com o mesmo autor, a solidão é mais intensa nos sujeitos com um *self* vulnerável e rejeitado, numa realidade de crítica e julgamento. O medo do julgamento e da rejeição leva o sujeito a não resistir e, assim, ser submetido ao isolamento causado por uma discrepância do seu autoconceito (Pocinho & Macedo, 2017).

2.5.2. Teoria Psicanalítica

O conceito de solidão não foi profundamente abordado nas obras de Freud, contudo alguns dos seus conceitos base relacionam-se com este. Este não é considerado um fenómeno isolado, mas sim parte do sujeito (Tatit & Rosa, 2013).

De acordo com Freud (1930), a solidão passa pela manifestação de mal-estar a nível social, ou seja, nas suas relações interpessoais (Tatit & Rosa, 2013). Esta está associada ao conceito de desamparo, que consiste numa condição incurável do ser humano que o isola e traça o seu destino de ligação com o outro. Quando nasce, o ser humano não consegue saciar as suas necessidades, necessitando do outro para as satisfazer. Contudo, é insuficiente para respostas absolutas sobre questões do sofrimento inerente à existência, exigências da sociedade e sobre a morte. O sujeito experimenta de forma solitária os assuntos como nascimento, os seus sentimentos e emoções, lutos, velhice, etc. Através das relações interpessoais, este pode procurar companhia e algumas respostas nos outros (Matos & da Fonseca, 2023).

De acordo com esta teoria, as pessoas que sofrem com a solidão, demonstram possuir traços de narcisismo, megalomania, hostilidade e sentimentos de egocentrismo e frustração. Nas relações interpessoais, tentam exhibir o seu poder, como falar alto e impor-se frequentemente, e através da repressão dos outros, poderem sentir-se integrados no meio (Pocinho & Macedo, 2017).

2.5.3. Teoria Interacionista

Segundo os autores da Teoria Interacionista, como Weiss (1973), a solidão pode ser manifestada de forma social, por meio da ausência de integração, surgindo sentimentos de exclusão. Este tipo de sentimentos são comumente encontrados em sujeitos que mudaram de

trabalho ou cidade, e de forma emocional, com a falta de ligação segura com outro sujeito ou a sua perda e com não possuir uma relação onde se sintam aceitos e compreendidos. No caso de luto ou término de uma relação, é frequente surgir este tipo de solidão. Esta pode resultar tanto de fatores situacionais, quanto da própria personalidade do sujeito. Mesmo possuindo uma boa rede de suporte, o sujeito pode sentir que não possui uma companhia ou vinculação segura que seja suficiente para satisfazer as suas necessidades emocionais (Caciopoo et al., 2010; Gomes, 2015; Pocinho & Macedo, 2017).

Segundo Weiss (1973), o sujeito tem a necessidade de possuir intimidade e criar laços de vinculação com o outro. Seguindo esta perspectiva e tendo por base a Teoria da Vinculação de Bowlby, Weiss apresenta seis aspetos relacionais que têm a ver com a solidão, sendo eles: a vinculação, onde um sujeito se sente seguro numa relação interpessoal; a integração social, tendo por base relacionamentos com outros sujeitos; a prestação de cuidados, proporcionando bem-estar a outro; o reconhecimento, de um sujeito para com o outro relativamente às suas capacidades; a aliança segura, que diz respeito à confiança para com o outro; e a orientação, correspondendo à autoridade e confiança de um sujeito para com o outro, quando lhe presta auxílio. Segundo o autor, a solidão sente-se quando o sujeito não consegue satisfazer estes aspetos relacionais na totalidade (citado por Gomes, 2015).

Jong-Grieveld (1987), relata que a solidão consiste num fenómeno múltiplo, salientando três dimensões. Estas dimensões consistem nas sensações que estão ligadas ao abandono e vazio, sendo que o sujeito não tem a capacidade de possuir relações interpessoais satisfatórias; na situação transitória e pontual, que diversos sujeitos vivenciam em algum momento da sua vida, podendo ser tratada; e por fim, no aglomerado de diversos sentimentos, como tristeza, culpa, vergonha e frustração (Pocinho & Macedo, 2017).

3. Resiliência

3.1. Definição de resiliência

A resiliência é considerada uma capacidade que o sujeito tem para ultrapassar os desafios que surgem na sua vida e, por meio de processos adaptativos, responder da melhor forma a situações causadores de *stress*. Deste modo, situações que lhe causam *stress* permitem ao sujeito a possibilidade de este se adaptar, desenvolvendo a sua flexibilidade em relação às mesmas (Silva Júnior et al., 2019). A resiliência não consiste na eliminação do problema, mas sim na sua ressignificação (Oliveira et al., 2021). A partir do ponto de vista ecológico, a resiliência opera nos sujeitos, na comunidade e na sociedade (Silva Júnior & Eulálio, 2022).

Folke (2019) define este conceito como a capacidade de persistência, de se adaptar e de transformar sistemas complexos e, deste modo, continuar a desenvolver-se, estando em constante mudança (citado por Masten et al., 2021). Feder et al. (2019) define resiliência como um processo complexo que consiste na adaptação às adversidades, como eventos de vida, ameaças ou traumas. Por sua vez, Acosta et al. (2017), considera que é uma capacidade de antecipar e adaptar-se aos desafios com sucesso (Prince-Embury et al., 2017; Sims & Pooley, 2017).

Geralmente, considera-se que a resiliência não diz respeito apenas à sobrevivência face às adversidades, mas sim uma ideia contrária à premissa de que os sujeitos que crescem e se desenvolvem em ambientes adversos, irão ter problemas no futuro. Pessoas resilientes desenvolvem determinadas capacidades, que lhes permitem assumir o controlo de certas situações comuns no quotidiano (Silva et al., 2003).

Um elemento fundamental que leva à compreensão da resiliência é o conceito de vulnerabilidade. Este consiste na sensibilidade que leva à potencialização do efeito que os fatores de risco têm. Um sujeito vulnerável sente-se incapaz de encontrar alternativas para enfrentar desafios, ou quando o faz, é de forma inadequada. Ao contrário da resiliência, que diz respeito à resposta eficaz e adequada face aos desafios (Juliano & Yunes, 2014).

O conceito de “*coping*” também é fundamental, pois consiste nos esforços cognitivos e comportamentais, que levam à possibilidade de lidar com situações de *stress* da melhor forma. As estratégias de *coping* são, geralmente, encontradas em sujeitos considerados resilientes, sendo considerado um fator de proteção (Juliano & Yunes, 2014).

No caso da presença de doenças ao longo do envelhecimento, a resiliência é essencial, visto que o sujeito deve conseguir ultrapassar ou aprender a lidar com as diversas situações vulneráveis presentes nesta fase da vida, como o déficit nas capacidades motoras e cognitivas. Diversos idosos conseguem adaptar-se adequadamente a este processo, demonstrando ter uma personalidade mais flexível (Silva Júnior et al., 2019). O envelhecimento ativo e a resiliência encontram-se na mesma direção, ou seja, face ao aumento da esperança média de vida e um processo de envelhecimento adequado e saudável dá-se o desenvolvimento de capacidades como a resiliência (Lemes et al., 2019).

A resiliência não é considerada um atributo inato, mas sim adquirido ao longo da vida do sujeito, pois consiste nos processos de interação entre este e o meio onde está inserido (Juliano & Yunes, 2014).

O processo de desenvolvimento da resiliência é cognitivo e emocional e diz respeito à forma como os sujeitos dão sentido à sua vida, às suas experiências e a si mesmos. Por meio da construção da relação terapêutica, é possível atingir o *empowerment* psicológico, melhorar a autoestima, adquirir consciência, ressignificar determinados aspetos da sua vida, regular emoções e desenvolver estratégias de *coping*. Estes aspetos estão relacionados com fatores de proteção da resiliência (Cevallos-Mendoza, 2019). A literatura científica apresenta a existência da “resiliência nómica”, que corresponde ao potencial que o sujeito tem de superar os desafios e a “resiliência assiliente”, que diz respeito à ideia de que se é incapaz de ultrapassar os desafios, mesmo não o sendo (Pedroso-Roller, 2021).

3.1.Fatores internos e externos associados à resiliência

A resiliência, segundo Vahia et al. (2020), é concebida por fatores internos e externos. Os fatores internos dizem respeito a aspetos, como: a capacidade cognitiva, traços de personalidade, saúde física, reação biológica ao *stress*, o seu *locus* de controlo e as suas expectativas. Os fatores externos consistem, por exemplo, no suporte social e na estabilidade financeira do sujeito.

Relativamente à capacidade cognitiva, um estudo de Silva (2016), contou com a participação de 19 doentes oncológicos e teve como objetivo entender o funcionamento cognitivo de pacientes oncológicos em tratamento, além da sua perceção de qualidade de vida, considerando duas variáveis: a resiliência e a perceção de *stress*. Os resultados

revelaram que a resiliência influencia positivamente o desempenho dos sujeitos em alguns testes neuro-cognitivos, como o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), que examina diversos campos cognitivos, como a memória de trabalho, a concentração, a capacidade visuoespacial, a linguagem, a atenção e as funções executivas e o subteste “Memória de Dígitos” presente na Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III). Deste modo, sujeitos resilientes, mesmo na presença de alguma patologia, demonstram uma parcial melhoria da função cognitiva, comparativamente a sujeitos considerados não resilientes.

A personalidade do sujeito determinará se este possui ou não determinadas ferramentas da resiliência. A personalidade resulta de características pessoais associadas ao seu comportamento, ao nível social, ao temperamento e inteligência. Ao longo da vida, o sujeito deverá ser capaz de aumentar a sua resiliência de forma gradual, confrontando os desafios colocados no seu percurso, recorrendo a recursos biológicos, psicológicos e contextuais. De acordo com um estudo realizado por Bonanno & Galea (2007), a sabedoria é um traço capaz de favorecer a resiliência. Este é constituído por aspetos específicos como a empatia, regulação emocional, capacidade de autorreflexão e decisão, entre outros (citado por Moura, 2021). No estudo de Krueger et al. (2006), foram relacionadas as características da personalidade com a incapacidade física dos idosos e concluiu que a extroversão poderá estar relacionada com a resiliência. Pois os idosos com maior risco de desenvolver incapacidade, são os mais introvertidos, com uma capacidade menor de fortalecer a sua resiliência psicológica, podendo perder mais facilmente, a sua capacidade funcional. O conceito de robustez (*hardiness*) está relacionado com a resiliência, uma vez que se trata de um traço de personalidade que manifesta mecanismos cognitivos, fisiológicos e sociais, que reforçam a resiliência e tornam o sujeito mais resistente ao *stress* (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

A forma como o sujeito responde aos sintomas do *stress*, ou seja, a sua resiliência, varia muito e certos hábitos melhoram estas reações sintomáticas. A alimentação saudável, uma boa qualidade de sono e a prática regular de exercício físico melhoram os sintomas de *stress*, demonstrando a importância de uma boa saúde física (OMS, 2023). Apesar das características individuais dos sujeitos, a atividade física está ligada a uma diminuição acentuada do stress, sendo que sujeitos mais sedentários tendem a sentir mais sofrimento

psicológico. O próprio stress em excesso pode levar a comportamentos mais sedentários também (Ligeza et al., 2022).

O sujeito, perante uma situação de *stress*, avalia cognitivamente, a nível primário e secundário. Primariamente, este pondera a importância da situação *stressante*, percebendo se é positiva, sendo encarada como um desafio, ou negativa, sendo percebida como uma ameaça. Secundariamente, o sujeito analisa as possibilidades para ultrapassar a presente situação (Pereira & Gomes, 2016). A forma como cada sujeito lida com o *stress* varia, sendo que as estratégias de *coping* utilizadas e os próprios sintomas são distintos e particulares de cada pessoa (OMS, 2023).

O contexto onde o sujeito se insere poderá ser considerado um fator determinante para a resiliência, uma vez que, a origem familiar tem impacto na construção que este faz de si e acaba por estar relacionado com fatores individuais, como a autoestima, a autorrealização, a autoeficácia e o autoconceito. O apoio emocional e o real são ambos essenciais no que toca ao aumento da resiliência de um sujeito. Este suporte social tem de ser internalizado, tornando o sujeito capaz de identificar quem o ama, com quem pode estabelecer relações saudáveis e de confiança e capaz de se reconhecer enquanto pessoa (Laird et al., 2019; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

Um nível socioeconómico mais baixo na infância pode influenciar o desenvolvimento da resiliência, devido essencialmente devido à exclusão social, às necessidades básicas não satisfeitas e poucas oportunidades (Álvarez & Águila Chávez, 2003). Contudo, é possível, que ao longo da vida, se esta situação se estabilizar, esse impacto possa ser revertido. Assim, a estabilidade financeira de um sujeito, tem influência na sua capacidade de ser resiliente, ou seja, lidar de forma adequada com as adversidades. Um sujeito que esteja satisfeito com a sua situação financeira demonstra um nível mais elevado de resiliência, como confirma o estudo de Dâmaso (2018).

O autor Whitbourne (2001), observou famílias desfavoráveis e propôs que a resiliência apresenta três tipos de fontes de proteção, sendo eles: os individuais, relacionados com o temperamento, a empatia, o humor, as habilidades sociais e cognitivas; os familiares, como a coesão e atenção do cuidador principal; e os de suporte, relacionados com a rede de apoio social, familiar e serviços sociais. Estes podem ser considerados fatores de proteção na

medida em que contribuem para a construção de uma boa resiliência, pois aumentam a autoestima e autoeficácia (Couto, 2010).

O *locus* de controlo interno, é um fator que diz respeito à capacidade e convicção que um sujeito tem de controlar a sua vida, reconhecendo os seus erros e as suas conquistas, não culpabilizando fatores externos. Os sujeitos considerados mais resilientes possuem um *locus* de controlo interno, sendo mais confiantes e possuindo uma melhor autoestima e autoeficácia (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

Um fator também considerado importante, no que toca à resiliência, refere-se à capacidade de o sujeito manter as suas expectativas de vida relativamente elevadas, sobre si e sobre o seu futuro. Para isto, é necessário que o sujeito defina objetivos realistas, a curto e a longo prazo (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015)

3.2. Resiliência e envelhecimento

As mudanças e adversidades causadas pelo envelhecimento exigem flexibilidade e uma boa capacidade de adaptação para se ajustar à nova realidade (Cosco et al., 2017; Silva Júnior & Eulálio, 2022). A resiliência está associada a uma baixa probabilidade de desenvolvimento de patologias, existindo uma melhor preservação das funções físicas e cognitivas do idoso (Fontes & Neri, 2015).

A nível psicológico, existem recursos essenciais para o idoso ser capaz de superar adversidades e ter um funcionamento normativo, sendo um destes recursos a resiliência. Na velhice, alguns destes riscos passam pela perda de entes queridos, acidentes, patologias, incapacidade, pobreza, abandono, conflitos familiares e conjugais, violência, dificuldades associadas aos papéis sociais, ansiedade e depressão. Os idosos resilientes não se abalam pelas adversidades facilmente, apresentando um bom padrão adaptativo ou, no caso de se deixarem afetar, recuperam os seus níveis anteriores de bem-estar subjetivo rapidamente. Face às adversidades da vida, o sujeito é capaz de alterar o seu significado, reduzir o seu nível de perigo cognitivo, reduzir a sua exposição a estas, diminuir as suas reações mais negativas, manter os níveis de autoestima e reverter os efeitos do *stress* causado. Ao contrário de sujeitos mais vulneráveis, pois não têm uma capacidade tão desenvolvida para reagir positivamente às adversidades (Fontes & Neri, 2015; Laranjeira, 2007; Ramires, 2013).

São variados os fatores de resiliência associados à velhice, provenientes da experiência ganha ao longo da vida. Destes fatores, destacam-se: o otimismo, que é a capacidade de enfrentar um desafio com confiança e persistência, possuindo o pensamento de que algo bom está por vir; a fé, que está relacionada com a confiança em algo; e a regulação emocional, que consiste nos processos intrínsecos e extrínsecos com a função de avaliar e modificar as reações emocionais (Bastianello & Hutz, 2015; Bishop et al., 2023; Curvello & Mendes, 2020). É fundamental que o idoso, apesar dos desafios colocados, mantenha o otimismo face a estes, pois as perdas na funcionalidade física não implicam necessariamente a funcionalidade cognitiva e emocional (Ribeiro et al., 2016).

Num estudo de Windle et al. (2008), foi examinado o conceito de resiliência na velhice, contando com uma amostra de 1847 sujeitos, com idades compreendidas entre os 50 e os 90 anos. Os participantes foram sujeitos à avaliação de conceitos como autoestima, controlo interpessoal e competências pessoais. Estes fatores foram assumidos como indicadores de resiliência. Os resultados confirmaram correlações entre os indicadores de resiliência, representando um construto comum (citado por Fontes & Neri, 2015).

3.4.Estratégias de promoção da resiliência nos idosos

Apesar da reabilitação física proporcionar um resultado positivo a nível funcional, é necessário estimular as habilidades psicológicas, a autoestima e o otimismo, com o fim de uma reabilitação completa (Couto et al., 2010). Os profissionais de saúde, a partir do momento da avaliação do idoso, podem sugerir um plano para a promoção da resiliência. Algumas destas atividades centram-se no estímulo educativo, da autonomia e da autoestima, que tornam o idoso mais apto a enfrentar as adversidades (Rodrigues & Tavares, 2021).

A intervenção educativa nos idosos, com vista na promoção da resiliência, é fundamental, pois visa prepará-los para se adaptarem ao meio onde estão inseridos, que está em constante mutação. Com a educação adequada, é possível desenvolver habilidades para ultrapassar os desafios e construir uma vida saudável e significativa (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

O “*coach* de resiliência”, foi um termo criado por Cyrulnik (2005), para indicar um sujeito que acompanha incessantemente outro, sendo considerado um suporte e uma fonte de confiança, no processo de desenvolvimento da resiliência (Pedroso-Roller, 2021).

A adesão às novas tecnologias contribui para a melhoria significativa da resiliência, e por sua vez, melhoria da saúde mental dos idosos, retardando o aparecimento de sintomas psicopatológicos, como a ansiedade e a depressão, que têm uma elevada prevalência nesta faixa etária (Pecoits et al., 2021). Um conhecimento mais aprofundado da tecnologia e influência do meio sociocultural têm ainda permitido aos idosos reformarem-se mais tarde, permanecendo mais anos como figuras ativas na sociedade, conservando a sua autonomia (Alvim et al., 2017).

O voluntariado pode ser considerado um capital psicológico e promotor de bem-estar e está associado ao aumento da resiliência e melhor adaptação face aos desafios, principalmente resistência a patologias mentais, como a depressão e ansiedade (Nalichaeva et al., 2022). Os voluntários são, na generalidade, sujeitos mais motivados e autoeficazes. Num estudo de Rocha et al. (2017), um grupo de idosos voluntários em associações foi comparado a outros que não praticavam nenhum tipo de voluntariado, e foi possível concluir que, os voluntários possuíam um nível de bem-estar superior e uma visão mais positiva de si (citado por Viegas et al., 2019). Os voluntários são essenciais na sociedade e auxiliam os outros, de forma não lucrativa (Jerez Reyes & Correderas Orozco, 2019). Assim, o voluntariado está fortemente associado a resultados favoráveis a nível da saúde e bem-estar e promoção da resiliência, na população mais idosa (Cross et al., 2021; Kim et al., 2020).

4. Suporte social

4.1. Definição de suporte social

O suporte social é definido pela existência de relações entre pessoas, como familiares e amigos ou rede de serviços. Estas têm como função criar e definir modos de orientação (fornecendo conselhos sobre gestão do lar, das tarefas e financeiros), proteção (garantindo que o sujeito tem satisfeitas todas as suas necessidades básicas e se encontra protegido) ou promoção da saúde (garantindo cuidados médicos) (Glidden et al., 2019; Ribeiro et al., 2019; Rodrigues & Madeira, 2009). Com o suporte social adequado, o sujeito sente-se valorizado, amado e integrado na rede que se encontra ao seu dispor (Oliveira & Barroso, 2020; Ribeiro, 1999). O suporte social permite avaliar se o sujeito está integrado na sociedade e beneficia do apoio adequado (Silva Júnior et al., 2019).

A conceção de suporte social segundo Brofenbrenner (1979; 1996), aborda alterações que se dão ao longo da vida, tanto no sujeito quanto no ambiente ecológico que o rodeia, nas suas relações e as suas capacidades de descoberta e mudança. Deste modo, uma avaliação adequada da rede de suporte social, deve ser realizada por meio de estudos longitudinais, considerando uma dimensão dinâmica do desenvolvimento e o desempenho do sujeito em situações particulares (Juliano & Yunes, 2014).

Segundo Bowlby (1988), uma rede de suporte social adequada está ligada à prevenção da violência, enriquecimento de capacidades, qualidade nas relações interpessoais e sentimento de pertença. Na sua ausência, os sujeitos tornam-se mais vulneráveis perante situações de risco (e.g. abuso físico ou psicológico) (Juliano & Yunes, 2014).

Autores como Cramer et al. (1997), distinguem o suporte social percebido do suporte social recebido. O suporte social percebido é aquele que o sujeito acredita ter, caso precise, e o suporte social recebido é aquele que efetivamente recebe, em caso de necessidade. Os autores distinguem ainda o suporte social descrito e o suporte social avaliado. O suporte social descrito consiste no comportamento de suporte que foi utilizado e o avaliado diz respeito à avaliação desse mesmo comportamento, enquanto satisfatório ou não (Ribeiro, 1999).

O suporte social pode ser fornecido de duas formas, sendo elas: informal e formal. De modo informal, encontram-se aqueles que participam no quotidiano do sujeito, como familiares, amigos e vizinhos, e ainda os grupos de convivência social, tal como, clubes ou

grupos de paróquias religiosas. Já o suporte fornecido de forma formal, dá-se por meio de organizações sociais, como hospitais, associações, instituições, e por profissionais, como psicólogos e médicos (Ribeiro, 1999).

Dunst & Trivetta (1990), defendem a presença de cinco componentes do suporte social, sendo elas: a componente constitucional, que diz respeito às necessidades e ao suporte que existe; a componente relacional, que consiste na dimensão da rede, o estatuto profissional e familiar; a componente funcional, que representa a disponibilidade do suporte, o seu tipo (informacional, emocional ou material) e a sua quantidade; a componente estrutural, que simboliza a frequência em que se dão os contactos e a sua proximidade, seja ela física ou psicológica; e, por fim, a componente de satisfação, que corresponde à utilidade e ajuda que foi dada. Os mesmos autores referem ainda determinadas dimensões do suporte social, tais como: a dimensão da rede social; a existência de relações interpessoais; a frequência que estes contactos têm; a necessidade de o sujeito ter determinado suporte; a sua congruência; a quantidade e o tipo de suporte; a que extensão este recorre às redes de apoio; a sua dependência; a reciprocidade; a proximidade e a satisfação face a estas (Ribeiro, 1999).

Num estudo de Segrin & Passalacqua (2010), foi avaliada a relação entre solidão, suporte social, comportamentos saudáveis e *stress*. A sua amostra foi constituída por 265 sujeitos, com idades compreendidas entre os 19 e os 85 anos. Os resultados mostraram uma associação negativa entre a solidão e a existência de relações próximas. Para além disso, verificou-se uma mediação entre a saúde e o apoio social. Também se verificou que os idosos com sentimentos de solidão têm uma saúde mais frágil, pois não adotam comportamentos saudáveis, como uma boa qualidade de sono, tratamentos médicos específicos e prática de exercício físico.

4.2. Suporte social nos idosos

Para os idosos, é fundamental manter a interação social, para que seja possível a manutenção de um suporte social adequado, resultando na melhoria da sua saúde e na prevenção de doenças. Estas interações promovem um sentimento de pertença, mantendo relações positivas para o idoso. Fornecem ainda, um sentido de significado e de identidade, através da participação em atividades adequadas. Os sujeitos que não possuem um suporte

social, emocional ou material enfrentaram dificuldades e níveis de *stress* superiores, devido à falta de apoio (Glidden et al., 2019).

A promoção de autoestima e autonomia é possível através de atividades em grupo e estas permitem ainda o aumento das suas redes sociais, pois incentivam a comunicação e criação de relações interpessoais. Isto leva a uma redução da ansiedade e depressão e aumento da satisfação com o seu suporte social. A rede familiar é essencial para uma boa saúde mental, sendo que esta é um fator de diminuição de perturbações psicológicas, como a depressão e a ansiedade. O suporte familiar minimiza a incapacidade e o sofrimento do sujeito (Adams et al., 2011; Glidden et al., 2019; Rodrigues & Madeira, 2009).

Os idosos com relações interpessoais fortes mostram menos probabilidade de morte, do que os que possuem fracas relações, mesmo tendo em conta hábitos como o consumo de tabaco, álcool, atividade física e obesidade. Estando sozinhos, sentem-se mais doentes e tendem a recluir-se mais a doença (Rodrigues & Madeira, 2009).

Uma boa rede de suporte social está associada a um nível mais baixo de deficiência ou dificuldade funcional e cognitiva do sujeito, bem como retarda a mortalidade. Ao estar inserido numa rede de suporte social, o idoso estará mais protegido contra possíveis doenças e reduzirá a comunicação de sintomas negativos, promovendo a sensação de bem-estar. Deste modo, o suporte social está ligado a uma boa autoavaliação de saúde, por parte dos idosos. Quando estes demonstram um declínio na saúde, o suporte social tende a aumentar (Cheng & Chan, 2006).

Contudo, por vezes, o idoso revela falta de autoestima causada pela dependência que apresenta das suas redes de suporte social. Isto pode causar insatisfação, *stress* e depressão, por se sentir um impacto na vida de terceiros, como é o caso dos familiares (Bissaus, 2016).

O estudo realizado por Sant'Ana & Elboux (2019), revelou que os beneficiários sentem mais confortáveis com o auxílio prestado por cuidadores informais/familiares, nas tarefas em que consideram ter ainda autonomia. Assim, o estudo revelou que a família é o principal suporte social destes. Para além disto, amigos e membros da comunidade também surgiram como suportes emocionais e morais, devido essencialmente à interação social que mantêm. Já os idosos que moravam sozinhos ou só com os seus cônjuges, demonstraram certas limitações em determinadas tarefas instrumentais (e.g. em cozinhar, passar a ferro e limpar a casa), devido à insuficiência de uma rede de suporte. Tornando-se essencial criar

redes de suporte social informais que atendam às necessidades de todos os idosos (Sant’Ana & Elboux, 2019).

Um estudo de Maia et al. (2016), avaliou a rede de suporte social de 306 idosos, residentes em Castelo Branco. Este estudo revelou que possuir poucas pessoas próximas provoca um efeito negativo na percepção de qualidade de vida dos idosos, demonstrando a importância das relações interpessoais. As comunidades onde os idosos estão mais isolados, revelam uma menor qualidade de vida. Estes demonstram maior satisfação quando têm amigos ou familiares considerados confidentes.

4.3.Fontes de suporte social

Existem diversas fontes de suporte social divididas em duas categorias, as informais e as formais. As fontes de suporte social informais, fornecem apoio nas atividades do cotidiano e englobam a família, os amigos, os vizinhos e os grupos sociais, como clubes e associações. Já as formais, estão relacionadas com organizações sociais, como hospitais, instituições e profissionais como psicólogos e assistentes sociais. Segundo Auslander & Litwin (1990), para o idoso recorrer ao apoio formal significa que o apoio informal se esgotou ou é inexistente (Mesquita, 2011).

As relações primárias, que surgem no seio familiar e com os vizinhos, permitem ao sujeito enfrentar dificuldades do seu cotidiano. Estas permitem a preservação de vínculos relacionais e sentimentos de inclusão (Bissaus, 2016).

A família é essencial e o auxílio dado por esta reduz os efeitos negativos causados pelo *stress*. Uma boa relação com a família permite o idoso sentir-se cuidado e apoiado, diminuindo a probabilidade de sentimentos de solidão e carência. Quando esta é impossibilitada de auxiliar o idoso, este fica exposto a situações de perigo e vulnerabilidade, tanto a nível físico quanto psicológico (Bissaus, 2016; Maia et al., 2016). Esta rede de suporte mais próxima vai aumentando consoante a chegada de amigos, colegas e vizinhos, que surgem na proximidade da habitação ou atividades de lazer e interesses semelhantes (Faquinello & Marcon, 2011).

Na ocorrência de situações críticas, como doenças graves, estas redes de suporte revelam-se muito importantes, devido ao auxílio que poderão fornecer. Contudo, na sociedade atual, é notória a fragilidade destas relações interpessoais, levando à falta de apoio

e à necessidade de o idoso recorrer a outras fontes de suporte social (Faquinello & Marcon, 2011).

No estudo de Rizzolli & Surdi (2010), com o objetivo de analisar a percepção dos idosos sobre os grupos de convivência social, foi revelado que estes têm uma visão positiva sobre os grupos de terceira idade, sendo que causam mudanças significativas na saúde e na autoestima do idoso. Os autores puderam concluir que a participação ativa em grupos é benéfica, na medida em que melhora a sua qualidade de vida (Glidden et al., 2019).

Quando o idoso se envolve em atividades sociais de estimulação, contribui para a melhoria da sua cognição e funcionalidade, mantendo uma rede social ativa e provocando um sentimento positivo de pertença e desenvolvimento da autonomia. É de salientar que esta participação ativa em grupos diminui os níveis de ansiedade e depressão, prejudiciais à saúde dos sujeitos (Glidden et al., 2019). Porém, não se destacam apenas melhorias cognitivas e sociais, como também físicas, visto que diversos grupos incentivam à prática de atividades físicas (Wichmann et al., 2013). Windsor et al., (2010), revela que a manutenção de interações sociais positivas aumenta os níveis de bem-estar e diminui o impacto das perdas associadas ao envelhecimento.

Diversas redes de suporte social são necessárias e devem ser incentivadas, como apoio financeiro, melhoria dos transportes, de habitação e de serviços de saúde (Glidden et al., 2019; Juliano & Yunes, 2014).

Outra forte estratégia para melhorar o suporte social, consiste na criação e apoio de grupos de convivência. Com o passar do tempo, as relações interpessoais dos sujeitos tendem a diminuir. Deste modo, os grupos de convivência de idosos tornam-se uma excelente opção, para reconstruir uma rede de laços sociais. Nestes grupos, o idoso realiza diversas atividades, nas quais pode aumentar o seu conhecimento, frequentar eventos comemorativos e conhecer novos locais (Glidden et al., 2019; Juliano & Yunes, 2014).

Num estudo de Rizzolli & Surdi (2010), com o objetivo de perceber a visão dos idosos sobre estes grupos, conseguiram concluir que estes tinham uma percepção positiva sobre estas experiências, pois verificaram o aumento da autoestima, da motivação em realizar tarefas do dia-a-dia e melhorias na sua qualidade de vida geral (citado por Glidden et al., 2019). Outro estudo, realizado por Leite et al. (2002), demonstrou que os motivos pelos quais o idoso recorre a grupos de convivência passam pelo interesse na socialização e na prática de

atividades físicas. Nestes grupos, o idoso compartilha os seus sentimentos e permite-lhe possuir um suporte emocional mais adequado (citado por Glidden et al., 2019).

A tecnologia trouxe uma enorme facilidade para o dia-a-dia dos sujeitos e um avanço extraordinário a nível da ciência e do conhecimento. Através da *internet*, é possível adquirir informação, comunicar e ter momentos de lazer (Miranda & Farias, 2009). O número de idosos a recorrer à tecnologia tem aumentado, contribuindo positivamente para a sua velhice. Isto deve-se à redução dos níveis de solidão, depressão e isolamento, que são mais comuns nesta faixa etária. Por meio da *internet*, é possível ter contacto com outros sujeitos, partilhar interesses e obter conhecimento. É ainda possível realizar tarefas do quotidiano, como supermercado e farmácia, facilitando a realização destas tarefas a sujeitos com dificuldades motoras. No estudo de Karavidas et al. (2005), com uma amostra de 222 idosos, foi possível concluir que o uso do computador e da *internet* aumentou a satisfação com a vida, visto que o idoso se sente mais incluído no meio social (Miranda & Farias, 2009; Silva et al., 2022).

Em relação às visitas domiciliárias de profissionais (e.g. de saúde, serviço social e voluntários), estas consistem num instrumento técnico-operativo e estabelecem um vínculo essencial, sendo possível a comunicação, o auxílio dos sujeitos necessitados e a resolução de problemas existentes. Estas incentivam a independência relativamente à sua saúde e são capazes de promover ações de prevenção, curativas, de promoção e reabilitação (Andrade & Cardoso, 2017; Closs & Scherer, 2017; Cruz & Bourget, 2010).

A disponibilização de serviços de Psicologia fornece aos idosos recursos e um suporte emocional essencial, para esta fase da sua vida. Os psicólogos têm um papel essencial no auxílio de uma melhor resposta dos idosos, face ao envelhecimento. Com base na sua formação e conhecimento sobre o ciclo da vida, os aspetos cognitivos e impacto do envelhecimento, estes são profissionais aptos a intervir, em diversos contextos (privado, público, hospitalar, comunitário, etc.) (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015). A procura por estes serviços pode surgir por parte do idoso ou familiares, que ao se dirigirem ao hospital, apresentam os seus sintomas e preocupações a um profissional (Gomes et al., 2021; Ribeiro et al., 2016).

Por fim, os programas intergeracionais, também consistem numa fonte de suporte social dos idosos. Estes programas são uma iniciativa da *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), em 2002, destinada à estimulação de

políticas públicas de intergeracionalidade. Neste documento, foram definidos espaços onde pode existir troca de conhecimentos e experiências e abordados os seus benefícios, como unir as gerações, transmitir a cultura, estimular uma vida ativa de ambas as gerações, compartilhar conhecimentos e aprendizagens e resolver problemas entre as gerações (Cantinho, 2018; Hatton-Yeo & Ohsako, 2001).

Os programas de participação social dos idosos, devem ser focados na educação integrativa e informal e possuir atividades livres, de modo a potenciar o desenvolvimento e a satisfação com a vida. Deste modo, é possível trabalhar competências e habilidades sociais e individuais, através das trocas de experiências entre as gerações. Os idosos ensinam os mais jovens e estes potencializam os sentimentos de afeto, espontaneidade e entusiasmo nos idosos e aumentam a sua socialização, integrando-os na sociedade (Cantinho, 2018; Leite & França, 2016).

4.4. Institucionalização

A institucionalização consiste na mudança de residência que um sujeito realiza, onde este passa de um meio não institucional, como a sua casa ou de um familiar, para uma instituição, onde irá receber os cuidados necessários (Tobin, 1989). As instituições de cuidados a idosos foram criadas com vista a fornecer uma boa qualidade de vida aos mesmos. Devido ao aumento da população idosa, esta necessita de mais cuidados e atenção. Nestas os idosos têm assistência nas atividades diárias (e.g. alimentação), cuidados de enfermagem e de higiene (Boorsma et al., 2011).

Em Portugal, as instituições podem ser públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. As instituições privadas sem fins lucrativos consistem nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, conhecidas por IPSS. Estas possuem a maior parte dos serviços destinados ao cuidado da população idosa, podendo este ser temporário (apenas num período de tempo definido para a recuperação de alguma condição médica) ou permanente (Neto & Corte-Real, 2013).

Para um funcionamento adequado das IPSS (como centros de dia, institucionalização permanente e apoio domiciliário), é necessário o seguimento de determinadas regras, que suportem o cumprimento dos direitos dos idosos, definidos no artigo número 72, apresentado no Diário da República, 1ª série, nº155. Neste artigo é referido: “1. As pessoas idosas têm

direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. 2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação na vida da comunidade” (p.4654). O seguimento destas regras facilita a integração do idoso na instituição, bem como são consideradas estruturas essenciais para o idoso adquirir resiliência e satisfação com a vida (em caso de cumprimento das regras e satisfação das necessidades dos utentes) (Ramires, 2013).

Existem fatores ambientais que asseguram a boa qualidade da instituição, como as suas condições de higiene, segurança e a sua prestação de cuidados, que essencialmente corresponde ao respeito à privacidade, ao incentivo da autonomia, ao carinho e ao cuidado (Baglioni, 1989). Se as condições dadas pela instituição não forem adequadas, poderão ter consequências negativas para a saúde e estado emocional dos sujeitos. Por isso é importante salvaguardar qualidade a nível da alimentação, de cuidados médicos, de estímulos sociais, cognitivos e motores, promovendo o bem-estar e a saúde, diminuindo a dependência e a morbilidade (Kasl, 1972).

O processo de institucionalização tem início antes da ida do idoso para o estabelecimento. Começa com a tomada de consciência do idoso sobre a redução e limitação de capacidades e funcionalidade a que está sujeito nesta nova fase da sua vida. Este período pode provocar sentimentos de tristeza, ansiedade, abandono e inutilidade, ao constatar que fica dependente de cuidados de terceiros (Tobin, 1989). Estes fatores fazem da institucionalização um acontecimento marcante e causador de *stress* nas suas vidas, simbolizando a perda das suas faculdades, hábitos e costumes, privando-os do conforto dos seus lares (Runcan, 2012). Nas instituições, o sujeito é obrigado a ter uma rotina com determinados horários e normas estabelecidas pela instituição, sem grande flexibilidade (Abreu et al., 2017).

4.5. Modelos teóricos explicativos do suporte social

Tendo por base a revisão de literatura, existem dois modelos teóricos que explicam a forma como o suporte social opera, sendo eles o modelo de efeito direto e o modelo do efeito de *buffer* (Silva, 2015).

Relativamente ao modelo de efeito direto, o suporte social tem um impacto positivo e direto na qualidade de vida dos sujeitos, mesmo na presença de situações adversas e potencializadoras de *stress*. Já quando o suporte social se demonstra insuficiente, o sujeito torna-se mais vulnerável a possíveis patologias. O modelo do efeito de *buffer* defende que o suporte social amortece (*buffer*), ou seja, protege os sujeitos do impacto negativo do *stress*. O suporte social é percecionado como um modificador de efeitos. Este modelo explica que o suporte social pode modificar os efeitos negativos do stress, de modo a não ter um impacto tão forte e negativo para o sujeito, sendo um promotor direto de saúde. Deste modo, o suporte social é um fator protetor da qualidade de vida dos sujeitos, a nível psicológico e físico (Broadhead et al., 1983; Silva, 2015; Zimet et al., 1988).

O suporte social percecionado medeia a relação entre a saúde mental e o stress, pois é capaz de reduzir os efeitos do stress, modificando e reduzindo-os. Isto deve-se à qualidade das relações sociais do sujeito, que têm impacto em si a nível comportamental, emocional e cognitivo, melhorando o seu bem-estar. Deste modo, explica-se assim a existência dos dois modelos de efeito do suporte social, sendo o direto e o *buffer*. Ambos defendem o papel fundamental do suporte social no bem-estar dos sujeitos, podendo ambas ser válidas no que toca à forma como o suporte social atua nas suas vidas (Ribeiro et al., 2023).

Parte II- Estudo Empírico

5. Apresentação do problema

Atualmente, o número de idosos está em crescimento representam mais de 16% da população devendo aumentar nos próximos anos. As alterações que o processo de envelhecimento acarreta são irreversíveis e graduais e os idosos representam um grupo de risco para inúmeras problemáticas, como a solidão (Anes et al., 2021).

A problemática da solidão começou a ser alvo de estudos, dada a sua importância e nível de impacto na vida das pessoas. Esta pode estar relacionada com vários fatores, nomeadamente o suporte social e a resiliência (Gerino et al., 2017; Rodrigues, 2018).

Segundo o estudo realizado por Carmona et al. (2014), os sentimentos de solidão podem relacionar-se com vínculos estabelecidos pelos sujeitos e a sua perceção sobre o seu suporte social. Com uma amostra de 5 idosos, foi possível concluir que a sua relação com a família e cônjuges tem influência nos seus sentimentos de solidão, uma vez que possuem o apoio destas pessoas próximas. Estes idosos relataram o quão insustentável é estar sozinho e que esta é uma ameaça do processo de envelhecimento.

De acordo com o estudo de Lopes (2015), com a participação de 82 idosos, foi possível concluir que quanto mais próximos os sujeitos estão do seu suporte social, menor a ocorrência de sentimentos de solidão. No caso dos idosos que relatam mais proximidade à família, verificou-se a diminuição da solidão, demonstrando a importância de um suporte social satisfatório.

O estudo de Gerino et al. (2017), realizado com 290 idosos, concluiu que um maior nível de resiliência, pode estimular a criação de recursos psicológicos que permitem uma melhor reação a momentos que causam *stress*, nomeadamente relacionados com a solidão. A participação mais ativa dos idosos, em atividades com a comunidade, é uma iniciativa em prol do combate à solidão. Em semelhança com o estudo de Grossman et al. (2021), que contou com a participação de 243 idosos, e pôde concluir que a solidão e os problemas relacionados ao sono estão associados a um nível mais baixo de resiliência. Assim, idosos com baixa resiliência estão mais suscetíveis a sentir solidão.

Conforme o estudo de Pineda et al. (2022), e com a participação de 550 estudantes de enfermagem, existe uma relação entre o suporte social, a resiliência, a solidão e a qualidade de vida. A solidão revelou ter um efeito mediador do suporte social e da resiliência na

qualidade de vida, sendo que um suporte social satisfatório diminui os níveis de solidão, melhorando a sua qualidade de vida. Deste modo, o suporte social é um fator protetor contra a solidão e os efeitos negativos que esta tem. A resiliência, por sua vez, tem um efeito indireto na qualidade de vida, por meio do papel mediador da solidão. O suporte social tem impacto também na resiliência, pois a satisfação com o suporte social leva o sujeito a recuperar de acontecimentos traumáticos mais facilmente, tornando-o mais resiliente.

No estudo de Zhao et al. (2018), com 323 idosos, foi comprovado o efeito mediador da resiliência e do suporte social na solidão e nos sintomas depressivos. Com os seus resultados, os autores consideraram importante que idosos com suporte social insuficiente e baixa resiliência tenham acompanhamento para a sua melhoria, de modo a não causar sintomas depressivos e solidão.

Segundo Lim et al. (2022), com base no seu estudo com 344 idosas que moravam sozinhas, existe um efeito mediador da resiliência e do suporte social na relação entre a solidão e a depressão. Neste estudo, ficou comprovado o efeito mediador da resiliência na relação entre a solidão e a depressão, na amostra em questão, pois a solidão tem impacto nos sintomas psicológicos da população idosa. A resiliência foi considerada uma capacidade essencial no que toca a redução de emoções consideradas negativas, melhorando o bem-estar geral dos sujeitos. Apesar o suporte social não ter um efeito mediador muito forte, ainda assim este efeito existe, na relação entre a solidão e a depressão. Levando em consideração que os idosos ultrapassam diversas vezes desafios menos bons na sua vida, como o luto, aumentando os níveis de solidão, sendo importante ter em conta que outras variáveis podem levar à sua diminuição, que se trata de um dos objetivos deste estudo.

Apesar de existirem alguns estudos que relacionam a solidão com a resiliência e o suporte social com a solidão, muitos destes estudos utilizam diferentes tamanhos de amostra, foram realizados em diferentes culturas e em outras faixas etárias. Para além disto, também pouco se conhece sobre o efeito mediador do suporte social na relação entre resiliência e solidão de pessoas idosas. Assim, o objetivo deste estudo é analisar esse mesmo efeito.

6. Objetivos de investigação

6.1. Objetivo geral

Dada a revisão de literatura atual, deve existir uma ligação entre a solidão e o suporte social, bem como uma relação entre a solidão e a resiliência. Assim sendo, revelou-se fundamental analisar o efeito mediador do suporte social na relação entre a resiliência e a solidão em idosos.

6.2. Objetivos específicos

- 1) Verificar a correlação entre a resiliência e a solidão;
- 2) Descrever a correlação entre a resiliência e o suporte social;
- 3) Analisar a correlação entre a solidão e o suporte social;
- 4) Analisar de que forma o suporte social medeia a relação entre a resiliência e a solidão.

7. Hipóteses

- I. Existe uma correlação significativa e negativa entre a resiliência e a solidão nos idosos (Roth et al., 2024). Deste modo, espera-se que:

“A resiliência correlaciona-se de forma significativa e negativa com a solidão, nesta amostra de estudo”.

- II. Existe uma correlação significativa e positiva entre a resiliência e o suporte social nos idosos (Xiang et al., 2020). Assim, é esperado que:

“A resiliência correlaciona-se de forma significativa e positiva com o suporte social, nos idosos”.

- III. Existe uma correlação significativa e negativa entre a solidão e o suporte social nos idosos (Palos et al., 2022). Desta forma, espera-se que:

“A solidão correlaciona-se de forma significativa e negativa com o suporte social, nos idosos.”

IV. O suporte social medeia a relação entre a resiliência e a solidão nos idosos (Roth et al., 2024).

“O suporte social é um mediador significativo na relação entre a resiliência e a solidão nos idosos”.

8. Método

8.1.Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída num universo de 104 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo

Esta foi uma amostra não probabilística por conveniência, pois os participantes não foram escolhidos de forma aleatória, mas sim seleccionados previamente. Isto deve-se à necessidade de recolha de alguns dados em instituições, tendo de possuir autorização da parte das mesmas.

A média de idades dos participantes corresponde aos 75.63 anos (DP=7.841), sendo que 58 sujeitos são do sexo feminino, representando 55.8% da amostra e 46 sujeitos são do sexo masculino, correspondendo a 44.2%. Em relação ao estado civil, 11.5% (n=12) dos sujeitos são solteiros, 32.7% (n=34) são casados, 13.5% (n=14) são divorciados ou separados e, por fim, 42.3% (n=44) são viúvos, estes últimos representam a maioria da amostragem. Relativamente ao nível de escolaridade, 11.5% (n=12) dos participantes não sabe ler nem escrever, 52.9% (n=55) concluiu o ensino primário (correspondente ao 4º ano de escolaridade), sendo a maioria da amostra, 17.3% (n=18) tem o ensino básico (finalizado no 9º ano), 11.5% (n=12) detém do ensino superior (equivalendo ao 12º ano) e 6.7% (n=7) possui um diploma do ensino superior. No que diz respeito à institucionalização, 47.1% (n=49) da amostra encontra-se institucionalizada, residindo numa instituição de apoio social a idosos e 52.9% (n=55) reside na sua própria casa ou de familiares. No que concerne aos idosos institucionalizados, 20.2% (n=21) dos idosos reside numa instituição há menos de 1 ano, 19.2% (n=20) entre 1 e 3 anos, e para terminar, 7.7% (n=8) há mais de 3 anos.

Os critérios de inclusão considerados neste estudo, foram: 1) sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos; 2) residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo; 3) com capacidades cognitivas que permitissem responder aos instrumentos de forma autónoma; 4) a sua participação no estudo ser voluntária; e por fim, 5) viverem sozinhos ou estarem institucionalizados. Os critérios de exclusão utilizados, foram: 1) sujeitos com idade inferior a 65 anos; 2) que não residissem na região de Lisboa e Vale do Tejo; 3) que não mostrassem capacidade cognitiva para responder aos instrumentos de forma autónoma e 4) que não autorizassem a sua participação no estudo ou desistissem deste.

Na seguinte tabela (tabela 1) encontram-se detalhadas as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra (n=104)

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	58 (55.8)
Masculino	46 (44.2)
Estado civil	
Solteiro	12 (11.5)
Casado	34 (32.7)
Divorciado/Separado	14 (13.5)
Viúvo	44 (42.3)
Idade	75.63 (7.841)
Concelho de residência	
Lisboa e Vale do Tejo	104 (100)
Nível de Escolaridade	
Não sabe ler nem escrever	12 (11.5)
Ensino primário	55 (52.9)
Ensino básico	18 (17.3)
Ensino secundário	12 (11.5)
Ensino superior	7 (6.7)
Encontra-se institucionalizado?	
Sim	49 (47.1)
Não	55 (52.9)
Se sim, há quanto tempo?	
Menos de 1 ano	21 (20.2)
Entre 1 e 3 anos	20 (19.2)
Mais de 3 anos	8 (7.7)

Nota. Os valores apresentados remetem para a média e o desvio-padrão. * Frequências e percentagens em parêntesis para as variáveis nominais e ordinais.

8.2. Instrumentos de avaliação

Os instrumentos utilizados para recolha de dado, foram: um questionário sociodemográfico, que permitiu recolher informações sociodemográficas dos participantes, como a sua idade, sexo, nível de escolaridade, concelho de residência, se está ou não institucionalizado e há quanto tempo. Foram aplicadas três escalas, sendo elas a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (Anexo G), que avalia a resiliência e a forma como os sujeitos se adaptam às adversidades da vida; a Escala de Solidão (Universidade de Los Angeles- UCLA) (Anexo F), com vista a avaliar os sentimentos de solidão e o estado afetivo dos participantes e, por fim, o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Anexo E), para medir o suporte social percebido (Carvalho et al., 2011; Felgueiras et al., 2010; Pocinho et al., 2010).

8.2.1 Escala de Resiliência de Wagnild e Young

A Escala de Resiliência de Wagnild e Young foi apresentada pelos mesmos em 1990, com o fim de analisar a forma dos participantes se adaptarem e responderem face a acontecimentos adversos. Esta foi adaptada à população portuguesa por Felgueiras et al. (2010), que excluíram o item 5 da versão original, devido ao aumento do alfa de *Cronbach* com a sua exclusão. Esta validação teve de seguir procedimentos, que garantissem que esta era apropriada à cultura portuguesa, segundo a validade, fidelidade e sensibilidade (Felgueiras et al., 2010; Vara & Rodríguez, 2011).

A escala é de autorrelato de tipo *Likert* e é composta por cinco componentes que correspondem à perseverança (itens 1, 2, 9, 10, 23 e 24), autoconfiança (itens 14, 15, 17, 18, 19, 20 e 22), serenidade (itens 4, 6, 12 e 16), sentido de vida (itens 8, 11, 13, 21 e 25) e autossuficiência (itens 3 e 7) perante a vida. Os 24 itens organizam-se entre sete opções de resposta de 1 a 7, sendo que “discordo totalmente” corresponde ao 1 e “concordo totalmente” equivale ao 7. Todas as frases são positivas, sendo que o sujeito deve responder segundo a sua concordância com estas, e quanto maior for a pontuação, maior é a resiliência, sendo que a pontuação geral da escala pode variar entre os 25 e os 175 pontos. Pontuações inferiores a

121 pontos correspondem a uma “baixa resiliência”, valores entre os 121 e os 145 pontos revelam “resiliência moderada” e, por fim, pontuações superiores a 145 pontos consistem em “elevada resiliência”. O valor de confiabilidade da versão portuguesa desta escala tem uma classificação qualitativa forte ($\alpha = .82$) (Felgueiras et al., 2010; Martins & Rodrigues, 2014; Oliveira & Machado, 2011; Sousa, 2019).

8.2.2. UCLA- *Loneliness*

O UCLA- *Scale of Loneliness* é uma escala de heteroadministração, elaborada por Russel et al. (1978) e validada para a população portuguesa por Pocinho & Farate (2005). O principal objetivo desta escala é analisar os sentimentos subjetivos associados à solidão e ao isolamento social, sendo que os itens da escala descrevem sentimentos de solidão e os participantes devem responder segundo a frequência com que os sentem (Pocinho et al., 2010; Russel, 1996).

Esta é constituída por 16 itens, sendo que os itens 3, 6, 14 e 20 foram excluídos na validação portuguesa da escala e os restantes foram divididos em duas subescalas: isolamento social (7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19) e afinidades (1, 2, 4, 5, 11). O participante deve escolher entre quatro opções de resposta de uma escala tipo *Likert*, que variam entre o “nunca” (1), “raramente” (2), “algumas vezes” (3), e “frequentemente” (4). Quanto maior é a pontuação maior é o nível de solidão (Neto, 2014; Pocinho et al., 2010). O coeficiente alfa de *Cronbach* da versão validada para a população portuguesa é de 0,905, sendo considerada forte (Martins & Rodrigues, 2014; Neto, 2014; Pocinho et al., 2010; Russel, 1996; Sousa, 2019).

8.2.3. MSPSS- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*

O *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) foi uma escala elaborada por Zimet et al. (1988) e validada para a população portuguesa por Carvalho et al. (2011). Esta escala foi desenvolvida com a finalidade de analisar, de forma subjetiva, o suporte social fornecido pela família, amigos e significativos (Carvalho et al., 2011).

A mesma é composta por 12 itens, sendo dividida por três fatores. Quatro destes fatores estimam o suporte social percebido com a família (itens 3, 4, 8 e 11), outros quatro analisam o suporte social fornecido pelos amigos (itens 6, 7, 9 e 12), e os últimos quatro

aferem o suporte social resultante de outras pessoas significativas (itens 1, 2, 5 e 10). As possibilidades de resposta variam entre discordo completamente, discordo fortemente, discordo, neutro, concordo, concordo fortemente e concordo completamente, de acordo com uma escala tipo *Likert*. A pontuação máxima corresponde ao concordo completamente e a mínima ao discordo completamente. A cotação das três subescalas elabora-se somando os quatro itens de cada escala e dividindo-os por quatro. Assim, o índice total consegue-se somando os doze itens e dividindo por doze (Carvalho et al., 2011; Zimet et al., 1988).

O coeficiente alfa de *Cronbach* da escala validada para a portuguesa corresponde a .94, possuindo uma consistência interna forte (Carvalho et al., 2011; Martins & Rodrigues, 2014; Sousa, 2019; Zimet et al., 1988).

8.3.Procedimento

Em relação às questões éticas, foi elaborado um Acordo de Consentimento Informado (Anexo A) para os participantes do estudo, que foi devidamente assinado antes da sua participação. Neste estavam explícitos os objetivos do estudo, a sua participação voluntária e as questões de confidencialidade. Foram cumpridos os princípios éticos exigidos e foi garantida a autorização pela Comissão de Ética a Universidade Autónoma de Lisboa.

Para a realização da recolha de dados, foi necessária a colaboração de diversas instituições da região de Lisboa e Vale do Tejo, que prestam auxílio a idosos. Foram assim, apresentados os protocolos e objetivos do estudo.

O consentimento informado foi entregue às instituições (Anexo C), aos representantes legais dos idosos (Anexo B) e aos próprios que participaram no estudo (Anexo A), de modo a obter a autorização necessária para proceder à recolha de dados. Os participantes foram informados do objetivo do estudo para que tomassem o devido conhecimento de todas as suas finalidades. Foram ainda informados de que a sua participação era totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento se assim o desejassem e que todos os dados recolhidos seriam confidenciais.

Após a assinatura do consentimento informado, foi agendada a aplicação dos instrumentos, que foram aplicados pelo investigador do estudo, sendo eles: o questionário sociodemográfico, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, a Escala de Solidão (UCLA) e o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). No caso dos idosos

institucionalizados, foram aplicados numa sala reservada e que servisse o efeito. Já no caso dos participantes que não se encontravam institucionalizados, foram selecionados por conveniência e os instrumentos foram aplicados nas suas residências, após o seu consentimento. Os locais de aplicação foram alvo de especial atenção, sendo que se procurou sempre garantir o conforto, segurança, confidencialidade e uma boa iluminação.

O presente estudo assegura o sigilo e a confidencialidade de todos os dados recolhidos, e foram asseguradas as normas de segurança, sendo que nenhum participante foi colocado em risco ou sofreu qualquer dano.

9. Análise de dados

O presente estudo é de natureza quantitativa, transversal e descritiva, baseado numa estatística inferencial, sendo que se pretende analisar as relações entre as variáveis, num único momento. Através deste estudo pretende-se correlacionar as variáveis e conhecer o seu efeito mediador.

Posteriormente à recolha de dados, estes foram analisados com o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 29.0 para *Windows*. Com este *software*, foi analisado o coeficiente de Alfa de *Cronbach*, que revelou um nível de consistência interna muito forte. A normalidade foi analisada tendo por base o Teste de *Kolmogorov-Smirnov*. No que se refere à análise descritiva, foram incluídas as frequências absolutas e percentagens, as médias e os desvios padrão. Através da estatística inferencial foi possível retirar conclusões sobre o presente estudo.

Os testes de correlação permitem explorar a força e o sentido da relação entre as variáveis (Miot, 2018). Para analisar se existe uma relação entre as variáveis e qual a sua força e sentido, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. Este varia entre -1 e 1, sendo que o sinal demonstra a sua direção (negativa, quando uma variável aumenta e a outra diminui ou positiva, aumentando ambas as variáveis) e o valor indica a sua força. O valor 0 indica que não existe relação entre as variáveis (Sousa, 2019).

De modo a realizar a análise do modelo de mediação das variáveis foi utilizada a ferramenta *Process* Macro versão 4.0, seguindo as indicações dos modelos de mediação de Baron & Kelly (1986). A mediação é um método de análise estatística que permite fornecer respostas a questões sobre de que modo uma variável independente (resiliência) afeta uma

variável dependente (solidão), podendo através de uma variável mediadora (suporte social), que permite que a V.I. influencie a V.D (Prado et al., 2014). O presente estudo teve em conta os níveis de significância de $p\text{-value} \leq .05$.

Parte III- Resultados

10.1. Consistência interna dos instrumentos

Relativamente à análise da consistência interna dos instrumentos, e segundo os critérios de Martins & Rodrigues (2014) e Sousa (2019), foi possível verificar que o MSPSS- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* apresenta um nível de confiabilidade de $\alpha=.977$, significando que o seu nível de consistência interna é forte. Em relação às suas dimensões, foi possível constatar que: a dimensão “família” tem um $\alpha=.967$, tendo uma consistência interna forte, a dimensão “amigos” apresenta um $\alpha=.962$, tendo também uma consistência interna forte e a dimensão “significativos” tem $\alpha=.961$, sendo igualmente forte.

Tendo em conta os mesmos autores, o instrumento Escala da Solidão (UCLA), apresenta uma consistência interna de $\alpha=.977$, sendo também forte. A dimensão “afinidades” apresenta uma consistência interna forte, tendo um $\alpha=.931$ e a dimensão “isolamento” tem uma consistência igualmente forte, tendo um $\alpha=.965$.

Por fim, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young corresponde a uma classificação qualitativa forte ($\alpha=.984$). Relativamente às suas dimensões, a perseverança tem um $\alpha=.938$, tendo uma consistência interna considerada forte, a autoconfiança tem um $\alpha=.954$, sendo forte, a serenidade tem um $\alpha=.921$, sendo forte, o sentido de vida tem um $\alpha=.920$, sendo forte e a autossuficiência tem um $\alpha=.747$, sendo considerada moderada segundo Freitas & Rodrigues (2005).

10.2. Normalidade das distribuições

De modo a analisar a normalidade da amostra, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, dado que a amostra é composta por 104 participantes. Na tabela seguinte (tabela 2), os resultados podem ser consultados e verificados em detalhe.

Tabela 2- Normalidade das distribuições das variáveis em estudo (n = 104).

Variáveis	Estatística	P
Suporte social		
Índice total	.169	<.001

Família	.152	<.001
Amigos	.144	<.001
Significativos	.149	<.001
Solidão		
Índice total	.186	<.001
Afinidades	.167	<.001
Isolamento social	.202	<.001
Resiliência		
Índice total	.191	<.001
Perseverança	.181	<.001
Autoconfiança	.191	<.001
Serenidade	.213	<.001
Sentido de vida	.187	<.001
Autossuficiência	.239	<.001

Nota. $p = p\text{-value}$ (*.05; **.01; ***.001).

Como pode ser observado, o valor de significância é inferior a .05 ($p = <.001$), assim sendo, verifica-se que não existe normalidade na distribuição dos dados.

10.3. Estatística descritiva

De modo a caracterizar a amostra em estudo relativamente ao suporte social, solidão e resiliência (bem como aos respetivos fatores), foram calculadas medidas de estatística descritiva. As mesmas podem ser analisadas na tabela 3.

Tabela 3- Medidas de estatística descritiva das variáveis em estudo

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Suporte social					
Índice total	4.566	5.0	1.611	1.67	7
Família	4.358	4.75	1.601	1	7
Amigos	4.644	5.0	1.795	1	7

Significativos	4.695	5.0	1.740	1	7
Solidão					
Índice total	35.106	30.0	14.794	16	64
Afinidades	11.481	10.0	4.760	5	20
Isolamento social	25.721	22.0	11.200	12	48
Resiliência					
Índice total	111.534	131.0	40.929	47	167
Perseverança	27.596	31.0	9.786	10	42
Autoconfiança	31.154	37.0	12.649	11	49
Serenidade	19.577	23.0	7.409	5	28
Sentido de vida	23.709	26.0	9.012	9	35
Autossuficiência	9.577	11.0	3.424	3	14

Como pode ser observado, a presente tabela inclui a média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo dos resultados obtidos nos questionários. Em relação à média, o valor mais elevado corresponde ao índice total da resiliência ($M=111.534$) e o mais baixo é o da subescala família correspondente à solidão ($M=4.358$). Relativamente à mediana, o índice total da resiliência também é o mais elevado, sendo de 131.0, tal como o desvio de padrão, com o valor de 40.929. O valor máximo corresponde ao maior valor observado na variável, sendo que no suporte social é 7 para todas as subescalas, na escala de solidão é 64 e na de resiliência é 167. Já o valor mínimo adquirido pela amostra, na escala de suporte social é 1, na de solidão é 5 e na de resiliência é 3.

10.4. Correlações entre as variáveis em estudo

A seguinte tabela (tabela 4) mostra as correlações estatísticas entre a resiliência e a solidão, considerando as suas dimensões. Face ao exposto, verifica-se que todas as variáveis estão negativamente e significativamente correlacionadas entre si ($\rho=-.839$; $p<.001$). O que sugere que o aumento dos valores da solidão, indicando um maior nível de solidão dos participantes, estão associados à diminuição dos valores da resiliência, revelando que esta é menor. Nomeadamente as subescalas da resiliência (“perseverança”, “autoconfiança”, “serenidade”, “sentido de vida” e “autossuficiência”) e da solidão (“afinidades” e

“isolamento social”), correlacionam-se entre si igualmente de forma negativa, forte e significativa. As escalas e respectivas dimensões apresentaram correlações estatisticamente significativas entre si ($<.001$).

Tabela 4- Correlação entre a resiliência e a solidão

	Solidão		Afinidades		Isolamento social	
	rho	p	rho	p	rho	p
Resiliência	-.839	<.001**	-.825	<.001**	-.831	<.001**
Perseverança	-.748	<.001**	-.752	<.001**	-.735	<.001**
Autoconfiança	-.845	<.001**	-.832	<.001**	-.831	<.001**
Serenidade	-.849	<.001**	-.847	<.001**	-.828	<.001**
Sentido de vida	-.838	<.001**	-.819	<.001**	-.839	<.001**
Autossuficiência	-.698	<.001**	-.702	<.001**	-.698	<.001**

Nota. rho= coeficiente de correlação; p= p-value (*.05; **.01; ***.001).

A seguinte tabela (tabela 5) demonstra as correlações estatísticas entre a resiliência e o suporte social, tendo em conta as suas dimensões. De acordo com os resultados explícitos na tabela, a resiliência e o suporte social correlacionam-se de forma positiva, forte e significativa (rho=.668; $p<.001$), deste modo, as variáveis aumentam em conjunto, pois se a resiliência aumentar, o suporte social aumenta também. Assim, um sujeito com maiores níveis de resiliência também apresenta um melhor suporte social percebido. As subescalas tanto da resiliência quanto do suporte social apresentam também correlações positivas, fortes e significativas entre si.

Tabela 5- Correlação entre a resiliência e o suporte social

	Suporte social		Família		Amigos		Significativos	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Resiliência	.668	<.001**	.601	<.001**	.683	<.001**	.727	<.001**

Perseverança	.718	<.001**	.647	<.001**	.721	<.001**	.730	<.001**
Autoconfiança	.668	<.001**	.590	<.001**	.683	<.001**	.723	<.001**
Serenidade	.628	<.001**	.576	<.001**	.645	<.001**	.672	<.001**
Sentido de vida	.651	<.001**	.614	<.001**	.658	<.001**	.700	<.001**
Autossuficiência	.699	<.001**	.601	<.001**	.722	<.001**	.725	<.001**

Nota. rho= coeficiente de correlação; p = p -value (*.05; **.01; ***.001).

A tabela em seguida (tabela 6) indica as correlações entre o suporte social e a solidão, tendo em consideração também as suas dimensões. Esta revela que o suporte social e a solidão se correlacionam entre si de forma negativa, forte e significativa (rho=-.652; p =<.001), sendo que o aumento dos valores da solidão, significando que o sujeito em questão sente mais sentimentos de solidão, estão associados à diminuição do suporte social, demonstrando não ter o apoio que necessita.

Tabela 6- Correlação entre o suporte social e a solidão.

	Solidão		Afinidades		Isolamento social	
	rho	p	rho	p	rho	p
Suporte social	-.652	<.001**	-.657	<.001**	-.668	<.001**
Família	-.623	<.001**	-.602	<.001**	-.643	<.001**
Amigos	-.657	<.001**	-.661	<.001**	-.672	<.001**
Significativos	-.682	<.001**	-.697	<.001**	-.690	<.001**

Nota. rho= coeficiente de correlação; p = p -value (*.05; **.01; ***.001).

10.5.Mediação

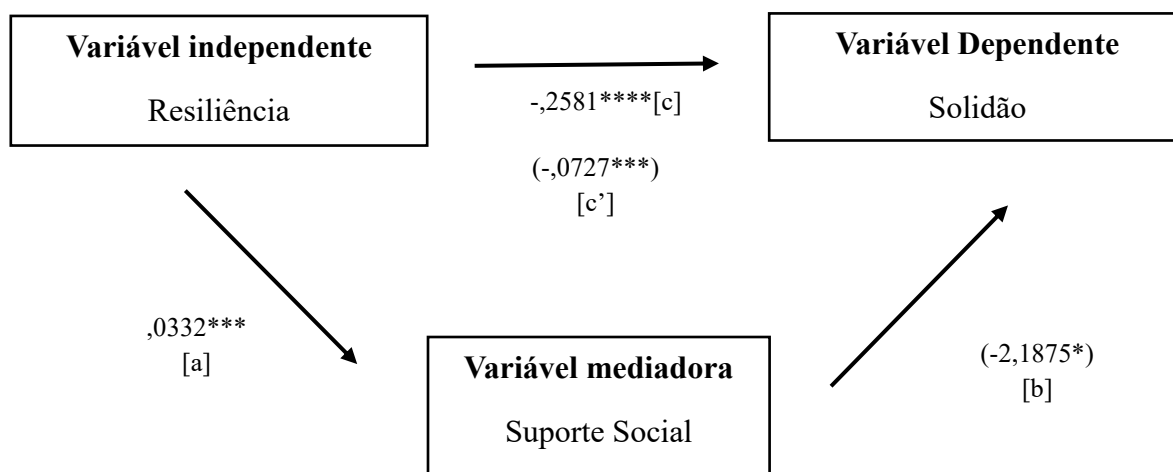
A figura seguinte (figura 1), mostra o efeito mediador significativo do suporte social na relação entre resiliência e a solidão, nos idosos.

Segundo a figura, a resiliência apresenta um impacto significativo no suporte social, uma vez que possui um coeficiente de regressão de 0.0332 (p =<.001). Deste modo, o aumento da resiliência aumenta em simultâneo com o suporte social. Para além disto,

verifica-se que o efeito do suporte social sobre a solidão também é significativo (2.1875; $p < .001$).

Considerando o efeito direto que a resiliência tem na solidão, é notório um coeficiente de regressão significativo de -0.2581 ($p < .001$). Deste modo, o aumento da resiliência está associado à diminuição da solidão. Já o efeito indireto que a resiliência tem na solidão, mediado pelo suporte social, é significativo e negativo ($b = -0.0727$; $p = 0.012$). Isto significa que uma parte do efeito que a resiliência tem na solidão é mediado pelo suporte social. Este efeito é estatisticamente significativo uma vez que apresenta como limites de intervalo de confiança *bootstrap* (BootLLCI = -0,1299; BootULCI = -0,0118).

Figura 1- Efeito mediador do suporte social na relação entre resiliência e solidão



Nota. Os valores numéricos entre parênteses representam os valores beta derivados da segunda regressão, e os restantes valores representam correlações de ordem zero. [C] = efeito total da resiliência sem incluir a variável mediadora; [C'] = efeito da resiliência na solidão considerando o efeito da variável mediadora. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Parte IV- Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o efeito mediador do suporte social na relação entre a resiliência e a solidão na população idosa, residente nas áreas de Lisboa e Vale do Tejo. Para além disto, foram também verificadas as correlações entre as variáveis - resiliência, solidão e suporte social e estas correlacionavam-se todas de forma significativa.

Tendo em conta as hipóteses de estudo, a primeira hipótese pretendia testar uma correlação significativa e negativa entre a resiliência e a solidão. Assim, pretendia-se analisar a relação que as duas variáveis tinham e se com o aumento de uma a outra tinha a tendência para diminuir. Os resultados deste estudo demonstraram que estas variáveis se correlacionam de forma negativa, forte e significativa. Assim, com o aumento da capacidade de resiliência diminui os níveis de solidão. Uma explicação possível para este fenómeno prende-se com o facto de a resiliência consistir num conjunto de recursos, que auxiliam na adaptação do sujeito a diversos contextos e desafios, como uma possível vivência mais solitária. Deste modo, um sujeito que não possua recursos, como capacidade de resiliência e *coping*, estará mais predisposto a desenvolver solidão (Jakobsen et al., 2020).

Os resultados obtidos estão em concordância com o estudo de Roth et al. (2024), que contou com uma amostra de 596 sujeitos e concluiu que, na medida em que os sujeitos com níveis de resiliência consideravelmente menores, possuíam níveis de solidão mais elevados. Segundo este estudo, a resiliência tem um papel moderador do impacto da solidão, sendo assim um fator de proteção. Também a investigação de Jakobsen et al. (2020), confirmou os mesmos resultados, contando com a participação de 422 sujeitos e demonstrando que os mais resilientes, demonstraram-se aqueles que relataram níveis inferiores de solidão. Os autores concluíram que sujeitos mais solitários percecionam a sua vida como menos importante, afetando a sua resiliência. Ainda o estudo de Pakdaman et al. (2016), que teve a participação de 200 sujeitos, corrobora os resultados do presente estudo. Os autores defendem assim que a resiliência permite a recuperação emocional e cognitiva do sujeito, particularmente em caso de crise. Os sujeitos com mais resiliência são, em geral, mais empáticos, interessados nos outros e nas atividades sociais. Já a solidão, por norma, é definida como uma ausência ou problema nos contactos sociais e, deste modo, é possível associar uma baixa resiliência a uma elevada solidão. Por fim, o estudo de Pacheco Chacón & Zavalaga Umpire (2021),

corroborar também esta relação, sendo que, com a participação de 60 idosos, verificaram uma influência da resiliência nos níveis de solidão, sendo que níveis consideráveis de resiliência diminuíam o sentimento de solidão dos idosos.

No que diz respeito à segunda hipótese, a mesma pretendia testar se existia uma correlação significativa e positiva entre a resiliência e o suporte social nos idosos. Esta foi confirmada mostrando que a resiliência e o suporte social aumentam ou diminuem em conjunto. Segundo o estudo de Henriqueto (2013), com uma amostra de 84 idosos, a resiliência correlacionou-se positivamente com o suporte social, tanto percebido (satisfação que o idoso tem com a sua rede de suporte social) quanto a nível de quantidade (quantas formas de suporte social tem). Os resultados foram significativos na comparação entre idosos institucionalizados e que residiam sozinhos ou a cargo de familiares. Os primeiros tendem a revelar melhor satisfação com a sua vida, em oposição aos segundos, demonstrando essencialmente a importância de um suporte social informal de qualidade. O estudo de Ferreira et al. (2012) segue o mesmo sentido, verificando a correlação positiva entre as duas variáveis de estudo. Este denota a capacidade de resiliência dos idosos, adquirida ao longo da vida e relaciona-a com uma boa autoestima. Quando o idoso participa ativamente nas atividades sociais e de lazer enfrenta com mais leveza as consequências do envelhecimento. Um estudo mais recente de Xiang et al. (2020), concluiu ainda que um fraco suporte social pode causar a diminuição de recursos psicológicos, levando os sujeitos a recuperarem de situações de *stress* de forma mais demorada ou a diminuírem a sua capacidade de resiliência.

A dimensão “significativos” da escala de suporte social enfatiza uma vinculação forte e de confiança, não especificando o tipo de laço social, podendo ser um familiar, o cônjuge ou um amigo. Esta correlaciona-se de forma notória com a resiliência.

De acordo com a terceira hipótese, pretendia testar a existência de uma correlação significativa e negativa entre o suporte social e a solidão, o que se veio a confirmar. As duas variáveis correlacionam-se de forma negativa, forte e significativa, ou seja, com o aumento do suporte social percebido pelos participantes, a solidão que estes sentem diminui. Os itens da dimensão “isolamento social” da escala de solidão estão mais fortemente correlacionados com o suporte social total. O estudo de Lopes (2015), revelou que idosos que residem com família têm a tendência para possuir um suporte social percebido mais elevado, que idosos

institucionalizados. No estudo de Rhodes (2014), com 54 sujeitos, foi comprovada a correlação negativa entre o suporte social e a solidão, pois o sentimento de que se é amado e cuidado por alguém ou por um grupo, reduz os sentimentos de solidão. No mesmo sentido, o estudo de Palos et al. (2022), que contou com a participação de 4433 idosos, revelou que um maior suporte social se relaciona com uma menor solidão percebida. Esta correlação negativa dá-se essencialmente porque quando um sujeito se sente devidamente apoiado, mais dificilmente sentirá sentimentos de solidão, mesmo não tendo companhia todos os dias (Oliveira & Barroso, 2020). Segundo Kemperman et al. (2019), o suporte e as interações sociais estão correlacionados com a solidão, contudo não com a sua quantidade (número de pessoas que auxiliam o sujeito e tamanho da sua rede de suporte social), mas sim qualidade (valor das relações que estabelece e o quanto se sente apoiado por estas). A conexão emocional sentida dá-se pela qualidade das interações sociais, que contribuem para a diminuição dos sentimentos de solidão. Na investigação de Gallardo-Peralta et al. (2023), foi ressaltada a importância do suporte social nos níveis de solidão, uma vez que, a solidão ao estar ligada também ao nível de satisfação com as relações que possui, o sujeito sente menos solidão quando percebe estas relações como satisfatórias. Assim, deve ter-se em atenção, a criação de espaços onde os idosos sejam incentivados a conviver em comunidade. Pode ainda ser tida em conta, a influência que a solidão tem no suporte social percebido, pois segundo Hutten et al. (2021), tendo por base o seu estudo com 187 sujeitos, um sujeito ao sentir-se solitário, tendo uma percepção negativa dos que o rodeiam, irá sentir que o seu suporte social é deficiente, não lhe fornecendo o conforto exigido por si.

Por fim, a quarta hipótese pretende analisar se o suporte social mediava a relação entre a resiliência e a solidão nos idosos. Ou seja, se a presença de suporte social influencia a forma como a resiliência afeta a solidão, nas pessoas idosas. O estudo de Pakdaman et al. (2016), concluiu que a capacidade de resiliência é um fator preditor da solidão, graças às relações familiares e de amizade, ou seja, de certo modo, graças ao seu suporte social informal. Uma possível explicação para este fenómeno demonstra a possibilidade de as pessoas resilientes serem mais comunicativas e possuírem melhores vínculos sociais, tendo por norma um suporte social informal de qualidade. Segundo Roth et al. (2024), em casos de isolamento social, ou seja, em situações de existência de pouco suporte social, a resiliência torna-se relevante no efeito que a solidão pode causar nos sujeitos. Esta capacidade revela

ser essencial e de grande importância na existência de risco de solidão e de fraco suporte social. No estudo de Oppenheimer-Lewin et al. (2022), com a participação de 582 idosos, foi comprovado que a solidão e o isolamento social diminuem a probabilidade de desenvolvimento da capacidade de resiliência, sendo considerados fatores de risco para esta. Um suporte social satisfatório auxilia à superação de desafios e traumas, estando positivamente ligado à resiliência, segundo os autores.

O presente estudo possui limitações, que futuros estudos devem ter em conta para melhores conclusões. A escolha de realização de um estudo transversal pode ser considerada uma limitação, uma vez que, não permite obter informações que um acompanhamento mais alargado no tempo forneceria. A utilização de escalas de autorrelato pode ser influenciada pela percepção de cada sujeito à pergunta colocada e ainda ao impacto que a desejabilidade social pode ter. O *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) não possui um ponto de corte definido para a população portuguesa, deste modo não é possível realizar comparações diretas com valores de referência. Por fim, a amostra do presente estudo não é probabilística, deste modo os resultados dificilmente poderão ser generalizados. Caso a amostra fosse maior, os testes de normalidade poderiam ter tido resultados distintos.

Parte V- Considerações finais

11. Conclusões

O envelhecimento é considerado uma fase de vida com inúmeros desafios para os sujeitos, o que pode comprometer significativamente o seu bem-estar e qualidade de vida. Neste sentido, a resiliência torna-se uma capacidade essencial para se enfrentarem esses desafios. Com um suporte social adequado e satisfatório, tanto a nível formal quanto informal, é possível dar o conforto necessário ao idoso e satisfazer muitas das suas necessidades.

Este estudo permitiu concluir que com um bom suporte social e uma capacidade de resiliência bem desenvolvida, os sentimentos de solidão tendem a ser menores.

De forma específica a responder às hipóteses colocadas, pode concluir-se que:

- I. Foi notório que a resiliência e a solidão estão negativamente correlacionadas, significando que quando a resiliência aumenta, a solidão diminui.
- II. A resiliência e o suporte social estão positivamente correlacionados, na medida em que se um aumenta o outro aumenta em conjunto.
- III. O suporte social e a solidão correlacionam-se de forma negativa, sendo que um suporte social elevado leva à diminuição dos níveis de solidão.
- IV. O suporte social medeia a relação entre a resiliência e a solidão.

O desenvolvimento de investigações nesta área podem ser benéficas, uma vez que, reforçam a importância de criação de estratégias a nível do suporte social e da resiliência, junto da população idosa. Estas medidas poderão ser eficazes no âmbito da redução dos níveis de solidão e aumento do bem-estar geral da comunidade.

12. Implicações práticas

Por meio da revisão de literatura, com base em diversos estudos e atendendo os resultados obtidos, é fundamental reduzir os níveis de solidão sentida pelos idosos, por meio do desenvolvimento de estratégias de suporte social formal, incentivo ao suporte social informal e fomentação da resiliência.

Este estudo pode ajudar a promover atividades no âmbito psicoeducativo, baseadas na promoção da capacidade de resiliência, que podem ser desenvolvidas nos lares ou comunidades. É fundamental que estas promovam a autonomia e a autoestima dos idosos, pois estas auxiliam-no a enfrentar os desafios. Quando acompanhado por um profissional de confiança, este pode incentivá-lo ao desenvolvimento das suas capacidades. Este profissional tem o nome de “*coach* de resiliência”, sendo um termo criado em 2005, por Cyrulnik (Pedroso-Roller, 2021).

A adesão às tecnologias pode também auxiliar ao desenvolvimento de resiliência, sendo que retarda o surgimento de patologias e melhora a saúde mental dos idosos. Através da internet, os sujeitos podem também aproximar-se de familiares e amigos que não se encontrem perto, diminuindo os sentimentos de solidão e o isolamento social. É possível ainda contactar médicos quando necessitam, realizar encomendas de bens essenciais e treinar capacidades cognitivas, por meio de aplicações com esse fim.

Os grupos de terceira idade demonstram ter um papel importante na vida dos idosos, aumentando a sua autoestima e sentimentos de pertença. A estimulação da sua participação em atividades sociais tem benefícios a nível cognitivo e fisiológico e contribui para a diminuição de ansiedade, depressão e sentimentos de solidão.

Estudos futuros a realizar-se no âmbito da mesma temática devem possuir uma amostra representativa da população portuguesa, tendo uma dimensão maior. Sendo a solidão uma problemática transversal a diversas faixas etárias, poderia ser benéfico investigar a presente temática em sujeitos de idades diferentes, como nos adolescentes.

O tipo de apoio recebido pelos idosos também deveria ser considerado em futuros estudos, uma vez que, a qualidade do suporte social recebido influencia o bem-estar do sujeito, assim como os seus sentimentos de solidão. A sua dinâmica familiar também é um fator importante a ser estudado, visto que ter ou não cônjuge, o número de filhos e a qualidade das suas relações poderá afetar a percepção que os sujeitos têm do seu suporte social. A

institucionalização também é relevante, uma vez que, a qualidade de tratamento influencia a forma como os idosos se sentem, os seus sentimentos de solidão, o desenvolvimento da sua resiliência e a sua percepção de suporte social formal.

Estudos longitudinais serão interessantes nesta temática, uma vez que, as variáveis poderão sofrer alterações ao longo do tempo. Na presença de investimento em atividades educativas e de desenvolvimento de resiliência, seria interessante entender se a solidão diminui e a satisfação com o suporte social aumenta. Sujeitos considerados mais resilientes e com um suporte social satisfatório tendem a sentir menos sentimentos de solidão.

Referências Bibliográficas

- Abreu, T. A., Fernandes-Eloi, J., & Sousa, A. M. B. D. (2017). Reflexões acerca dos impactos psicossociais da institucionalização de idosos no Brasil. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(2), 333-352. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p333-352>
- Acosta J, Chandra A, Madrigano J. (2017). An agenda to advance integrative resilience research and practice: key themes from a Resilience Roundtable. RAND Corp., Santa Monica, CA.
- Adams, K., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683-712. <http://doi:10.1017/S0144686X10001091>
- Agostinho, A. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31-36.
- Álvarez, R. P., & del Águila Chávez, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, (6), 179-196
- Alvim, K. C. B. L., Sousa Rocha, F., & Chariglione, I. P. F. S. (2017). O idoso e o uso da tecnologia—uma revisão sistemática da literatura. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(4), 295-313.
- Anderson, B. B., & Brodowsky, G. (2015). Chronological Age Versus Life Horison: Exploring the Concept of Ageing in Consumer Behavior.
- Andrade, V. M. P., & Cardoso, C. L. (2017). Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários. *Psico-USF*, 22, 87-98. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220108>
- Anes, E. M. G. J., Ferreira, A., Veiga, C., Lopes, I., Cordeiro, V., & Brás, M. A. M. (2021). Solidão e isolamento nos idosos em Portugal: revisão sistemática da literatura. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 509-518. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2128>
- Antunes, M. D. D. P. (2011). Factores de risco e de protecção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude (Doctoral Dissertation).
- Assembleia da República (2005). Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de agosto. Diário da República, I Série – A, artigo 72º (p.4654).

Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, 8(1), 15-24.

Azeredo, Z. D. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 313-324. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>

Baglioni, A.J. (1989). Residential relocation and health of the elderly. In K.S. Markides & C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp.119-137). New York: John Wiley & Sons.

Barbosa, L. M. D. C. A. (2012). A solidão dos idosos de Ponte de Lima (Master's Dissertation).

Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *PsicoLogia.com*.

Barroso, S. M., Oliveira, N. R. D., & Andrade, V. S. D. (2019). Solidão e depressão: Relações com características pessoais e hábitos de vida em universitários. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 35. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35427>

Bastianello, M. R., & Hutz, C. S. (2015). Do otimismo explicativo ao disposicional: A perspectiva da psicologia positiva. *Psico-USF*, 20, 237-247. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200205>

Berger L, Poirie D. (1995). Pessoas idosas: uma abordagem global. *Lisboa: Lusodidáctica*.

Biasus, F. (2016). Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. *Revista Perspectiva. Erechim*, 40(152), 55-63.

Bigueti, B. D. C. P., & Lellis, J. Z. D. (2018). Nutrientes essenciais na prevenção da doença de Alzheimer.

Bishop, J., Daniel J., & McKaughan. (2023). "Faith", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*.

Boorsma, M., Frijters, D. H., Knol, D. L., Ribbe, M. E., Nijpels, G., & van Hout, H. P. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *Cmaj*, 183(11), E724-E732.

Borja-Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa-relação terapêutica e processo de mudança. *Psicólogos*, 1(2), 18-23. <https://doi.org/10.25752/psi.6071>

Borson, L. A. M. G., & Romano, L. H. (2020). Revisão: O processo genético de envelhecimento e os caminhos para a longevidade. *Revista Saúde em Foco*, 12, 239-244.

Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of epidemiology*, 117(5), 521-537.

Cabrita, B., A., & Abrahão, A., L. (2014). O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. *Revista Saúde Debate*, 38(102), 635- 645. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140059>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453-463. <http://doi.org/10.1037/a0017216>

Caetano, S. P. D. S. (2013). *Solidão e Rede de Apoio Social nos Idosos. Percepção e Caracterização* (Doctoral Dissertation).

Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto*, 3(1).

Cantinho, M. S. D. (2018). *Envelhecimento, intergeracionalidade e bem-estar: um estudo exploratório com um programa intergeracional* (Master's Dissertation).

Carmona, C. F., Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, 19, 681-691. <https://doi.org/10.1590/1413-73722395510>

Carvalho, S. C. (2019). *Prática da dança na promoção da saúde na terceira idade*. Arapongas.

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte

Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, 54, 331-357.

Cevallos-Mendoza, J. C., Menéndez-Delgado, M. F., & Muñoz-Bowen, L. A. (2019). Psicoterapia y personalidad resiliente: Artículo de revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 1(2), 8–13. Retirado de <https://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/4>

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 79-82.

Cheng, S. T., & Chan, A. C. (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science & Medicine*, 63(1), 118-122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.12.004>

Closs, T. T., & Scherer, G. A. (2017). Visita domiciliar no trabalho do assistente social: reflexões sobre as técnicas operativas e os desafios ético-políticos na atualidade. *Libertas Revista da faculdade de Serviço Social. Juiz de Fora, MG*. Vol. 17, n. 2 p. 41-60.

Cochar-Soares, N., Delinocente, M. L. B., & Dati, L. M. M. (2021). Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. *Revista Neurociências*, 29.

Cosco, T., Howse, K., & Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), p579-583. <http://doi:10.1017/S2045796017000324>

Correia, K. M. L., & Borloti, E. (2011). Mulher e depressão: uma análise comportamental-contextual. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 19(3), 359-373.

Couto, F. B. D. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 13. <https://doi.org/10.23925/2176901X.2010v13iEspecial7p%25p>

Couto, M. C. P. P. (2007) Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento. (Master Dissertations).

Cross, R., Dillon, K., & Greenberg, D. (2021). The Secret to Building Resilience. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2021/01/the-secret-to-building-resilience>

Cruz, M. M., & Bourget, M. M. M. (2010). A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde e Sociedade*, 19, 605-613. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300012>

Curvello, R. P., & Mendes, D. M. L. F. (2020). Estratégias de regulação emocional de pais: uma revisão da literatura. *Psicologia Clínica*, 32(2), 231-250.

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

Dâmaso, C. A. A. (2018). Relação entre resiliência e fatores sociodemográficos (Doctoral Dissertation).

Direção Geral da Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. *Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas*. Lisboa. Retirado de: <https://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAdade-das-Pessoas-Idosas.pdf>

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

Faquinello, P., & Marcon, S. S. (2011). Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1345-1352. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600010>

Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20).

Feder, A., Fred-Torres, S., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2019). The biology of human resilience: opportunities for enhancing resilience across the life span. *Biological psychiatry*, 86(6), 443-453.

Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de saúde*, 3(1), 73-80.

Fernandes, A. C. O. (2012). A solidão nos idosos.

Fernandes, P. (2000). A depressão no idoso. Coimbra: *Quarteto Editora*.

Ferraz, I. N., dos Reis, L. A., Assis, W. C., Rabelo, L. A. N., Oliveira Guimarães, F. E., de Britto, I. T., & dos Reis, L. A. (2021). Impactos dos fatores extrínsecos no envelhecimento precoce: Uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, 10(6). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15761>

Ferreira, C., Santos, L., & Maia, E. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 328-334.

Ferreira, H. G., & Casemiro, N. V. (2021). Solidão em idosos e fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 90-98.

Ferreira, M. J., & Freire, T. (2010). Bem-estar, qualidade da experiência subjectiva e solidão: relações com o envelhecimento humano. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14(1), 41-58.

Freitas, P. (2011). Solidão em idosos: percepção em função da rede social. (Master Dissertations).

Freitas, A., & Rodrigues, S. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. XII SIMPEP-Simpósio de Engenharia de Produção.

Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico. *Povos e Culturas*, (10), 65-80.

Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1475-1495. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>

Freitas, P. D. C. B. D. (2011). Solidão em idosos: percepção em função da rede social (Doctoral Dissertation).

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez, V. R., & Martín, M. G. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Revista Española de salud pública*, 97.

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, 310944. <http://doi:10.3389/fpsyg.2017.02003>

Glidden, R. F., Borges, C. D., Pianezzer, A. A., & Martins, J. (2019). A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 261-275.

Golinowska, S., Groot, W., Baji, P., & Pavlova, M. (2016). Health promotion targeting older people. *BMC Health Services Research*, 16, 367-369.

Gomes, C. F. T. (2015). A influência do meio ecológico na experiência da solidão e no bem-estar subjetivo, numa amostra de adultos mais velhos (Doctoral Dissertation).

Gomes, E. A. P., Vasconcelos, F. G., & Carvalho, J. F. (2021). Psicoterapia com Idosos: Percepção de Profissionais de Psicologia em um Ambulatório do SUS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224368>

Gomes, M. J., & Galvão, A. M. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. *Olhares sobre o envelhecimento; Estudos preliminares*, 1, 159-168.

Gonçalves, D., Afonso, R., Dias, I., Lopes, T., Pereira, H., Esgalhado, M. & Loureiro, M. (2020). Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiógena em pessoas idosas. *Psicologia, saúde & doenças*, 20(21), 1.

Gough, C., Barr, C., Lewis, L. K., Hutchinson, C., Maeder, A., & George, S. (2023). Older adults' community participation, physical activity, and social interactions during and following COVID-19 restrictions in Australia: A mixed methods approach. *BMC Public Health*, 23(1), 1-14.

Grossman, E. S., Hoffman, Y. S., Palgi, Y., & Shrira, A. (2021). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and individual differences*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110371>

Guarda Nacional Republicana. (2021). Operação Censos Sénior 2021 – Balanço. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4625>

Hägg S, Jylhävä J. (2021). Sex differences in biological aging with a focus on human studies. *Elife*.

Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. (2019) Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS ONE* 14 (5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>

Hamdan, A. C., & dos Santos, L. T. (2023). Reserva cognitiva e envelhecimento bem-sucedido: uma revisão integrativa da literatura.

Hatton-Yeo, A., & Ohsako, T. (2001). Programas intergeneracionales: política pública e implicaciones de la investigación una perspectiva internacional. *The beth johnson foundation, Instituto de la Unesco para la educación. Extraído el, 15.*

Henriqueto, S. M. (2013). A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento (Doctoral Dissertation).

Hossen, A. (2012). Social isolation and loneliness among elderly immigrants: The case of South Asian elderly living in Canada. *Journal of International Social Issues, 1*(1), 1-10.

Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). Adult development and aging.

Hutten, E., Jongen, E. M., Vos, A. E., van den Hout, A. J., & van Lankveld, J. J. (2021). Loneliness and mental health: the mediating effect of perceived social support. *International journal of environmental research and public health, 18*(22), 11963. <http://10.3390/ijerph182211963>

Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). Projeções de População Residente em Portugal 2008-2060.

Jakobsen, I. S., Madsen, L. M. R., Mau, M., Hjemdal, O., & Friberg, O. (2020). The relationship between resilience and loneliness elucidated by a Danish version of the resilience scale for adults. *BMC psychology, 8*, 1-10.

Jardim, P. C. B. V., & Jardim, T. D. S. V. (2021). Idade Cronológica ou Idade Biológica, Principalmente uma Questão de Estilo de Vida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 117*, 463-464. <https://doi.org/10.36660/abc.20210732>

Jerez Reyes, Y., & Correderas Orozco, J. (2019). Resiliencia y Fatiga de Compasión en el voluntariado de la Cruz Roja.

Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 119–128. <http://doi.org/10.1037/00223514.53.1.119>

Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17, 135-154. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>

Jumaa, A. O. (2021). Psychological loneliness and its relationship to death anxiety in the elderly. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education (TURCOMAT)*, 12(4), 1218-1228. <https://doi.org/10.17762/turcomat.v12i4.639>

Kasl, S.V. (1972). Physical and mental health effects of involuntary relocation and institutionalization on the elderly: a review. *American Journal of Public Health*, 62 (3), 377-384.

Kassulke, A., & Soares, A. V. (2022). Envelhecimento: aprendizagem e vivência sob a perspectiva de Erikson. *Revista Confluências Culturais*, 11(2), 72-82. <https://doi.org/10.21726/rcc.v11i2.1811>

Kawakami, R. M. D. S. A., de Souza Azevedo, R. C., Reiners, A. A. O., de Almeida, N. A., de Fátima Lima, I., & de Souza, L. C. (2020). Experiências de solidão entre os idosos que moram sós. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(57).

Kemperman, A., Van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International journal of environmental research and public health*, 16(3), 406. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>

Kim, E. S., Whillans, A. V., Lee, M. T., Chen, Y., & VanderWeele, T. J. (2020). Volunteering and subsequent health and well-being in older adults: an outcome-wide longitudinal approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 176-186. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.03.004>

Kreling, M. C. G. D., Cruz, D. D. A. L. M. D., & Pimenta, C. A. D. M. (2006). Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 509-513. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>

Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational psychiatry*, 9(1), 88.

Laranjeira, C. A. S. D. J. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23, 327-332.

Lee, S. B., Oh, J. H., Park, J. H., Choi, S. P., & Wee, J. H. (2018). Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and experimental emergency medicine*, 5(4), 249–255. <https://doi.org/10.15441/ceem.17.261>

Leite, S. V., & França, L. H. D. F. P. (2016). A Importância da intergeracionalidade para o desenvolvimento de universitários mais velhos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(3), 831-853.

Lemes, M. R., Alves, L. C. C. B., & Yamaguchi, M. U. (2019). Nível de resiliência em idosos segundo a escala de Connor-Davidson: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180209>

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 251.

Ligeza, N., Larson, A., & DeBeliso, M. (2022). Resilience, psychological stress, physical activity, and BMI among United States Air national guardsmen: the COVID-19 pandemic. *Journal of Lifestyle Medicine*, 12(1), 26. <http://doi:10.15280/jlm.2022.12.1.26>

Lim, Y. M., Baek, J., Lee, S., & Kim, J. S. (2022). Association between loneliness and depression among community-dwelling older women living alone in South Korea: the mediating effects of subjective physical health, resilience, and social support. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9246. <http://doi:10.3390/ijerph19159246>

Lopes, N. F. D. L. (2015). A solidão nos idosos em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo (Doctoral Dissertation).

Lopes, M., & Matos, A. D. (2018). Investigando a incidência de solidão em um grupo de idosos portugueses. *Psicologia Revista*, 27(1), 13-34. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p13-34>

Luo, Y., & Waite, L. J. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(4), 633-645.

Maia, C. M. L., Vicente Castro, F., Fonseca, A. M. G. D., & Ruiz Fernández, M. I. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>

Maia, J. M. D., & de Albuquerque Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, 13(2), 91-103.

Mariano, P. P., Carreira, L., Lucena, A. C. R. M., & Salci, M. A. (2020). Desenvolvimento de atividades de estímulo cognitivo e motor: perspectiva de idosos institucionalizados. *Escola Anna Nery*, 24, e20190265. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0265>

Martins, M. E. G., & Rodrigues, J. F. (2014). Coeficiente de correlação amostral. *Revista de Ciência Elementar*, 2(2), 34-36. <http://doi.org/10.24927/rce2014.042>

Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>.

Matias, R. M. D. J., & Vicente, H. O. (2013). Redes Sociais Pessoais e Solidão em Idosos.

Matos, L. P., & da Fonseca, R. G. (2023). Associações do conceito de solidão na teoria e na clínica psicanalítica. *Perquirere*, 20(3), 22-36.

Melo, C. D. F., Vasconcelos Filho, J. E. D., Teófilo, M. B., Suliano, A. M., Cisne, É. C., & Freitas Filho, R. A. D. (2020). Resiliência: uma análise a partir das características sociodemográficas da população brasileira. *Psico-usf*, 25, 139-154.

Mesquita, J. A. R. (2011). Suporte social e redes de apoio social em idosos (Doctoral Dissertation).

Miot, H. A. (2018). Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 17, 275-279. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.174118>

Miranda, L. M. D., & Farias, S. F. (2009). As contribuições da internet para o idoso: uma revisão de literatura. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 383-394. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200011>

Moura, M. L. S. D. (2021). Idosos na pandemia, vulnerabilidade e resiliência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 24. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210060>

Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. D. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*, 20(1), 67-73.

Moreira, B. F. C. (2018). A Otimização Seletiva com Compensação no Processo de Envelhecimento: Um estudo preliminar com o “SOC-Questionnaire”. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (Master’s Dissertation).

Nalichaeva, S. A., Tkachenko, A. A., Borisenko, Z. V., Terentyev, B. I., & Lukina, E. M. (2022). Volunteers' resilience and motivation. *Revista on line de Política e Gestão Educacional*.

Nascimento, D. B. P., da Silva, S. F. S. M., & Mastroso, R. R. (2021). Entre o Normal e o Patológico: Considerações Teóricas sobre Envelhecimento e Doença na Perspectiva da Osteoarqueologia.

Nazroo, J. Y. (1998). Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 710-730.

Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34. ~

Neto, M.J., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. *Journal of Aging and Innovation*, 2 (3), 1-16.

Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11(4), 313-319.

Njegovan, V., Hing, M., Mitchell, S., & Molnar, F. (2001). The Hierarch of Functional Loss Associated with Cognitive Decline in Older Persons. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical*, 56(10), 638-643

Oliveira, A. C. R. D., Magalhães, C. A., Loures, C. M., Fraga, V. G., Souza, L. C. D., Guimarães, H. C., ... & Gomes, K. B. (2018). Polimorfismo BsmI no gene do receptor de vitamina D está associado aos níveis de 25-hidroxi vitamina D em indivíduos com declínio cognitivo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 76, 760-766.

Oliveira, A. L., Kamimura, Q. P., & Nogueira, P. S. (2021). Resiliência e Envelhecimento Ativo: Estudo Qualitativo sobre os fatores de risco e proteção na terceira idade. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1). <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-211>

Oliveira, M. F., & Machado, T. S. (2011). Tradução e validação da Escala de Resiliência para Estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 29(4), 579-591. <http://doi.org/10.144117/ap.105>

Oliveira, N. R., & Barroso, S. M. (2020). Solidão, depressão e suporte social em estudantes de psicologia. 146-162. <https://doi.org/10.20873/2526-1487V5N1P146>

OMS (1984). Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento. Ginebra.

OMS. (2002) Active Ageing- A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Geneve: World Health Organization. 58.

OMS. (2023). Stress. World Health Organization. Retirado de: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Oppenheimer-Lewin, D., Ortega-Palavecinos, M., & Núñez-Cortés, R. (2022). Resiliencia en las personas mayores durante la primera ola pandémica de la COVID-19 en Chile: una perspectiva desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(5), 264-268. <http://10.1016/j.regg.2022.08.002>

Organização Mundial da Saúde (2002). Envelhecimento Ativo, Um Projeto de Política de Saúde. Madrid.

Organização das Nações Unidas (2021). Envelhecimento.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). O Papel dos Psicólogos no Envelhecimento.

Pacheco Chacón, R. L. D. A., & Zavalaga Umpire, A. M. (2021). Resiliencia y soledad en tiempos de covid-19 en adultos mayores del club paz y amor. Arequipa.

Pakdaman, S., Saadat, S. H., Shahyad, S., Ahmadi, K., & Hosseinialhashemi, M. (2016). The role of attachment styles and resilience on loneliness. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(9), 268-274.

Palos, A. P., Hernández, S. M. E., Ocampo, B. D., & González-González, A. (2022). Apoyo social, soledad, vulnerabilidad y satisfacción con la vida en personas mayores de México. *Avances en psicología latinoamericana*, 40(2).

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (pp. 660-702). (12ª ed). McGraw Hill.

Pecoits, R. V., da Rosa, A. A. S., Peruzzo, J. V., Flores, M. C., Gehlen, M. C., Morello, M. S., ... & Schneider, R. H. (2021). O impacto do isolamento social na saúde mental dos idosos durante a pandemia da Covid-19. *REVISTA AMRIGS*.

Pedroso-Roller, T. (2021). Resiliencia y psicoterapia. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*. ISSN: 2737-6273., 4(8 Ed. esp.), 324-333. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0050>

Pereira, M. M. A. & Gomes, A. R. S. (2016). Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(1), 72-83.

Pineda, C. N., Naz, M. P., Ortiz, A., Ouano, E. L., Padua, N. P., Pelayo, J. M., & Torres, G. C. S. (2022). Resilience, Social Support, loneliness and quality of life during COVID-19 pandemic: a structural equation Model. *Nurse education in practice*, 64, 103419. <http://doi:10.1016/j.nepr.2022.103419>

Pinhel, M. J. J. M. (2011). A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar. (Master Dissertations). Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6863>

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e As Novas Modernidades*, 10(18).

Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um Construto Complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 1(32), 53-66

Prado, P. H. M., Korelo, J. C., & Da Silva, D. M. L. (2014). Análise de mediação, moderação e processos condicionais. *REMark-Revista Brasileira De Marketing*, 13(4), 04-24.

Prince-Embury, S., Saklofske, D. H., & Keefer, K. V. (2017). Tree-factor model of personal resilience. In U. Kumar (Ed.), *The routledge international handbook of psychosocial resilience*. (pp. 118-141). New York: Taylor & Francis Group.

Priulli, E., Pires, C. R. F., & Cezar, T. C. M. (2020). Alimentação como fator de proteção da doença de Alzheimer. *Research, Society and Development*, 9(10).

Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). O Sentido das Idades da Vida Interrogar a solidão e a dependência. *Intervenção Social*, 1(29), 221-224.

Ramires, L. D. S. F. (2013). Os fatores que influenciam a capacidade de resiliência da pessoa idosa no centro de dia (Master's Dissertation).

Rebolo, M. C. G. T. (2015). A Relação entre a Reserva Cognitiva e os Mecanismos Cognitivos no Envelhecimento Normal (Master's Dissertation).

- Reis, P. C. S. D. S. D. C., Leite, Â. M. T., Amorim, S. M. M., & Souto, T. S. (2016). A solidão em utilizadores portugueses do Facebook. *Psicologia & Sociedade*, 28, 237-246. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p237>
- Reputation Circle. (2021). O impacto da solidão na produtividade das empresas.
- Rhodes, J. L. (2014). Loneliness: How superficial relationships, identify gaps and social support contribute to feelings of loneliness. Pepperdine University. *Journal of Communication*.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS).
- Ribeiro, F. D. N. C. (2014). Envelhecimento cognitivo: do normal ao patológico. *Povos e Culturas*, (18), 127-137.
- Ribeiro, P. C. C., de Freitas, V. J., & de Souza, J. S. (2016). A busca pelo atendimento psicológico na meia-idade e na velhice. *Revista Kairós-Gerontologia*, 19(2), 65-83. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i2p65-83>
- Ribeiro, C. M., Salvador, R. V. A., & Carvalho, P. S. (2019). Preditores da qualidade de vida e de suporte social percebido em pessoas com doença mental crónica: Estudo preliminar.
- Ribeiro, S., Silva, A. N. D., Neto, D. D., Gloster, A., Kassianos, A. P., & Karekla, M. (2023). Impacto psicológico COVID-19: efeito mediação-moderada do suporte social e da flexibilidade psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 24(2), 632-643.
- Rodrigues, F. R., & Tavares, D. M. D. S. (2021). Resiliência em idosos: fatores associados às condições sociodemográficas e de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0171>
- Rodrigues, R. M., (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5), 334–338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura.
- Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., & Almeida, C. (2019). Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional. *Motricidade*, 15(4), 36-40. <https://doi.org/10.6063/motricidade.20137>
- Röhr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a

representative survey. *BMC geriatrics*, 20, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01889-x>

Roth, E., Choque, G., García, M. F., & Villalobos, A. (2024). Depressão em adultos bolivianos durante o confinamento social da COVID 19: efeitos moderadores da resiliência e da autoeficácia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCSP*, 22(1), 98-119. <https://doi.org/10.35319/ajayu.221260>

Rosa, M. J. V. (2012). O Envelhecimento da sociedade portuguesa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Runcan, P.L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33 (1), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.

Sant'Ana, L. A. J. D., & D'Elboux, M. J. D. (2019). Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde em Debate*, 43, 503-519.

Santiago, L. M., & Novaes, C. D. O. (2009). Auto-avaliação da audição em idosos. *Revista CEFAC*, 11, 98-105. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000500015>

Santos, F. H. D., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em estudo*, 14, 3-10.

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 585-593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

Schrempft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC public health*, 19(1), 1-10.

Segrin, C., & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health communication*, 25(4), 312-322. <https://doi.org/10.1080/10410231003773334>

Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas* (Doctoral Dissertation).

Serra, L., Parreira, V., & Silva, L. (2022). The Risk of Suffering Violence by the Elderly People: The Power of Cognitive Functioning and Loneliness Through the Analysis of the Gamma Model. *Medical Research Archives*, 10(9). <https://doi.org/10.18103/mra.v10i9.3115>

Serviço Nacional de Saúde. (2019, July 22). Estudo | Impacto da solidão em idosos. SNS. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/22/estudo-impacto-da-solidao-em-idosos/>

Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic medicine*, 75(2), 161-170. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827f09cd>

Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & health*, 30(6), 686-698. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.979823>

Sies, H., Berndt, C., & Jones, D. P. (2017). Oxidative stress. *Annual review of biochemistry*, 86, 715-748.

Silva, A. O. (2016). Alterações cognitivas, percepção de stress, resiliência e qualidade de vida no transplante de medula óssea.

Silva, C. P. A. M. D. (2012). O idoso e a institucionalização: o fenómeno da solidão (Doctoral Dissertation).

Silva Júnior, E. G. D., Eulálio, M. D. C., Souto, R. Q., Santos, K. D. L., Melo, R. L. P. D., & Lacerda, A. R. (2019). A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 7-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32722016>

Silva Júnior, E. G. D., & Eulálio, M. D. C. (2022). Resiliência para uma velhice bem-sucedida: mecanismos sociais e recursos pessoais de proteção. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42.

Silva, M. R. S. D., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 13, 147-156. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000300003>

Silva, M. M. O. R. O. D. (2015). *O suporte social percebido e a satisfação com os papéis de vida numa amostra de adultos trabalhadores* (Doctoral Dissertation).

Silva Souza, M., Melo Oliveira, A. P., Ferreira de Souza, T., Messias Rodrigues da Silva, M., Silva, R. P., de Souza Saldanha, A. P., da Costa Araújo, B., da Costa Araújo, P., da Silva Cândido, G., Melo de Andrade, I. G., Aragão Adler Neto, C. A., Rodrigues da Silva, N., Taveira dos Santos, Ítalo., Morais Siqueira, P., & de Carvalho Freitas, R. (2022). Uso da tecnologia por idosos durante a pandemia: um aliado ao isolamento social. *Revista De Casos E Consultoria*, 13(1).

Sims, K., & Pooley, J. A. (2017). Posttraumatic growth amongst refugee populations. In U. Kumar (Ed.), *The routledge international handbook of psychosocial resilience*. (pp. 491-521). New York: Taylor & Francis Group.

Soares, E. C. (2017). O idoso de bem com a velhice: um estudo envolvendo idosos que relatam o envelhecimento como satisfatório (Doctoral Dissertation).

Somes, J. (2021). The loneliness of aging. *Journal of emergency nursing*, 47(3), 469-475 <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.12.009>

Sousa, Á. (2019). Coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação de Spearman: o que medem e em que situações devem ser utilizados? *Correio dos Açores*, 19-19.

Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40, 33-51. <https://doi.org/10.1590/2175-623645562>

Sousa, T. G. V., de Araújo, D. S. C., dos Santos, L. R., & Sousa Melo, S. R. (2019). Relação entre Deficiência em Vitamina D, Doença de Alzheimer e Disfunção Cognitiva em Idosos: uma Revisão Sistemática. *Research, Society and Development*, 8(12).

Souza, A. P. D., Rezende, K. T. A., Marin, M. J. S., Tonhom, S. F. D. R., & Damaceno, D. G. (2022). Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1741-1752. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>

Souza, É. R. D., Monteiro, M., & Gonçalves, F. R. (2022). Doença de Alzheimer, gênero e saúde: reflexões sobre o lugar da diferença na produção neurocientífica. *Saúde e Sociedade*, 31.

Souza-Talarico, J. N. D., Marin, M. F., Sindi, S., & Lupien, S. J. (2011). Efeitos dos hormônios do estresse no cérebro e cognição: evidências do envelhecimento normal ao patológico. *Dementia & Neuropsychologia*, 5, 8-16. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05010003>

Souza, I., Vasconcelos, A. G. G., Caumo, W., & Baptista, A. F. (2017). Resilience profile of patients with chronic pain. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <http://doi:10.1590/0102-311X00146915>

Steinmayr, D., Weichselbaumer, D. & Winter-Ebmer, R. (2020). Gender Differences in Active Ageing: Findings from a New Individual-Level Index for European Countries. *Soc Indic Res* 151, 691–721. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02380>

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004>

Tatit, I., & Rosa, M. D. (2013). Pra não dizer que Freud e Lacan não falaram da solidão. *Revista Psicologia e Saúde*.

Tavares, J. C., Santinha, G., & Rocha, N. (2023). Política de saúde num contexto de envelhecimento demográfico.: Princípios amigos da pessoa idosa: uma prioridade programática? *Finisterra*, 58. <https://doi.org/10.18055/Finis29037>

Teixeira, L. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. (Master Dissertations).

Tobin, S.S. (1989). The effects of institutionalization. In K.S. Markides & C.L. Cooper (Eds.), *Aging, stress and health* (pp.139-163). New York: John Wiley & Sons.

Tomé, A. M., & Formiga, N. S. (2020). Teorias e perspectivas sobre o envelhecimento: conceitos e reflexões. *Research, Society and Development*, 9(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4589>

Tucker, A.M. & Stern, Y. (2011). Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res*, 8(4), 354- 60.

Vahia, I. V., Jeste, D. V., & Reynolds, C. F. (2020). Older adults and the mental health effects of COVID-19. *Jama*, 324(22), 2253-2254. <https://doi:10.1001/jama.2020.21753>

Vara, M. C. R., & Rodríguez, J. M. A. (2011). Validación psicométrica de la Escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 11(1), 51-65.

Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: reflexão e crítica*, 12, 479-501. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721999000200015>

Viegas, M. P., Oliveira, E. R., & Falcone, E. M. D. O. (2019). Fatores motivacionais, cognitivos, emocionais e os efeitos relacionados ao voluntariado. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 66-74.

Weber, I. T. S., Conte, F. A., Busnello, M. B., & Franz, L. B. B. (2019). Nutrição e doença de Alzheimer no idoso: Uma Revisão. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 24(3).

Wichmann, F. M. A., Couto, A. N., Areosa, S. V. C., & Montañés, M. C. M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 821-832. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>

Windsor, T. D., & Anstey, K. J. (2010). Age differences in psychosocial predictors of positive and negative affect: a longitudinal investigation of young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 25(3), 641.

Xiang, Y., Dong, X., & Zhao, J. (2020). Effects of envy on depression: The mediating roles of psychological resilience and social support. *Psychiatry investigation*, 17(6), 547. <http://doi:10.30773/pi.2019.0266>

Yang, K., & Victor, C. (2011) Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368 – 1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>

Yu, B., Steptoe, A., Niu, K., Ku, P. W., & Chen, L. J. (2018). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research*, 27, 683-691.

Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., ... & Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry research*, 268, 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>

Zhong, B. L., Chen, S. L., Tu, X., & Conwell, Y. (2017). Loneliness and cognitive function in older adults: Findings from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(1), 120-128. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw037>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zucco, A. P., & da Silveira, M. M. (2023). Qualidade de vida e prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em idosos com diabetes mellitus e hipertensão arterial. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 31(1), 1-9.

Anexos

Anexo 1- Consentimento informado do participante

Acordo de Consentimento Informado

O presente consentimento admite a participação no estudo. “O efeito mediador do suporte social na relação entre a resiliência e a solidão”, a desenvolver no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa. Pretende-se aplicar um questionário sociodemográfico e três instrumentos: o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), a Escala de Solidão (UCLA) e a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, de modo a recolher informação útil, para a realização de um estudo sobre o efeito mediador que o suporte social tem na relação entre a solidão e a resiliência nos idosos.

Este estudo teve a aprovação da Comissão de Ética do CIP - Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

Arquivo e divulgação dos dados:

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação e defesa.

Participação voluntária:

A participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar o responsável.

Se tiver dúvidas sobre o estudo ou quiser desistir do mesmo pode contactar a responsável pelo projeto:

Matilde Castro: matildecastro888@gmail.com.

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados:

Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados.

O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Tomei conhecimento das condições de participação neste estudo e aceito participar, para tal assino este consentimento informado.

Assinatura:

Lisboa, ____ de ____ de 2023

Anexo 2- Consentimento informado do representante legal

Acordo de Consentimento Informado

O presente consentimento admite a autorização para a realização do estudo: “O efeito mediador do suporte social na relação entre a resiliência e a solidão”, com a colaboração do/a seu/sua dependente. Este ocorre no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa. Pretende-se aplicar um questionário sociodemográfico e três instrumentos: o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), a Escala de Solidão (UCLA) e a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, de modo a recolher informação útil, para a realização de um estudo sobre o efeito mediador que o suporte social tem na relação entre a solidão e a resiliência nos idosos.

Este estudo teve a aprovação da Comissão de Ética do CIP - Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

Arquivo e divulgação dos dados:

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação e defesa.

Participação voluntária:

A participação é voluntária. Tem o direito de desautorizar a participação do/a seu/sua dependente no estudo, a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar o responsável.

Se tiver dúvidas sobre o estudo ou quiser desistir do mesmo pode contactar a responsável pelo projeto:

Matilde Castro: matildecastro888@gmail.com.

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados:

Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados.

O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Tomei conhecimento e aceito as condições de participação do/a meu/minha dependente neste estudo, para tal assino este consentimento informado.

Assinatura:

Lisboa, ____ de ____ de 2023

Anexo 3- Autorização das instituições

Autorização para o desenvolvimento de estudo

Ex.mo(a) Senhor(a) Diretor(a)

Eu, Matilde Alves de Castro, aluna de mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, na Universidade Autónoma de Lisboa, venho por este meio solicitar a colaboração da presente instituição, para o desenvolvimento do estudo: “O efeito mediador do suporte social na relação entre a resiliência e a solidão”, com a orientação da Professora Doutora Lídia Serra.

Este estudo tem como objetivo analisar a relação da solidão com o suporte social e a resiliência e entender o efeito mediador do suporte social na relação entre a solidão e a resiliência.

Para tal, solicito a sua autorização para a aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: questionário sociodemográfico, o *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS), a Escala de Solidão (UCLA) e a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, nos idosos institucionalizados, que cumpram os requisitos necessários. O estudo é voluntário e a confidencialidade dos dados é garantida. A não participação ou desistência do estudo não tem prejuízos para os sujeitos.

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados:

Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados.

O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho.

Tomei conhecimento e aceito as condições apresentadas para tal assino este consentimento informado.

Assinatura:

Lisboa, ____ de _____ de 2023

Anexo 4- Questionário sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade:

Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)/Separado(a)
☐ Viúvo(a)

Concelho de residência:

Escolaridade: ☐ Não sabe ler nem escrever ☐ Ensino Primário ☐ Ensino Básico
☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior

Encontra-se institucionalizado: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, há quanto tempo: ☐ < 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ > 3 anos

Anexo 5: MSPSS- *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*

Estamos interessados em avaliar o que pensa em relação às afirmações seguintes. Leia cuidadosamente cada uma das afirmações. Utilizando a escala abaixo, indique como se sente acerca de cada uma delas assinalando o respetivo espaço com um **X**.

	Discorda completa mente	Discor da forte mente	Disc orda	Neu tro	Conc orda	Conco rda forte mente	Concord a completa mente
1. Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito.							
2. Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas							

3. A minha família tenta ajudar-me verdadeira mente.							
4. Ten ho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família.							
5. Ten ho uma pessoa que é verdadeira mente uma fonte de conforto para mim.							
6. Os meus amigos realmente procuram ajudar-me.							

7. Pos so contar com os meus amigos quando algo corre mal.							
8. Pos so falar dos meus problemas com a minha família.							
9. Ten ho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas.							
10. Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus							

sentimentos.							
11. A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões.							
12. Posso falar dos meus problemas com os meus amigos							

Anexo 6: Escala de Resiliência de Wagnild e Young

Circule o número que indica o quanto concorda ou discorda com cada frase.

Discordo 7- Concorde

1. Quando faço planos levo-os até ao fim.

1 2 3 4 5 6 7

2. Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objetivos.

1 2 3 4 5 6 7

3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa.

1 2 3 4 5 6 7

4. Manter-me interessado nas atividades do dia-a-dia é importante para mim.

1 2 3 4 5 6 7

5. Posso estar por conta própria se for preciso.

1 2 3 4 5 6 7

6. Sinto-me orgulhoso por ter alcançado objetivos na minha vida.

1 2 3 4 5 6 7

7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.

1 2 3 4 5 6 7

8. Sou amigo de mim próprio.

1 2 3 4 5 6 7

9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.

1 2 3 4 5 6 7

10. Sou determinado.

1 2 3 4 5 6 7

11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.

1 2 3 4 5 6 7

12. Vivo um dia de cada vez.

1 2 3 4 5 6 7

13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.

1 2 3 4 5 6 7

14. Tenho autodisciplina.

1 2 3 4 5 6 7

15. Mantenho-me interessado nas coisas.

1 2 3 4 5 6 7

16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.

1 2 3 4 5 6 7

17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis.

1 2 3 4 5 6 7

18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.

1 2 3 4 5 6 7

19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.

1 2 3 4 5 6 7

20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.

1 2 3 4 5 6 7

21. A minha vida tem sentido.

1 2 3 4 5 6 7

22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver.

1 2 3 4 5 6 7

23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.

1 2 3 4 5 6 7

24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.

1 2 3 4 5 6 7

25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.

1 2 3 4 5 6 7

Anexo 7: Escala de Solidão (UCLA)

As frases a seguir descrevem como as pessoas às vezes se sentem. Para cada frase, indique **com que frequência** se sente da maneira descrita.

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2. Sente que não tem alguém com quem falar				
3. Sente que é insuportável estar só				
4. Sente que tem falta de companhia				
5. Sente como se realmente ninguém o compreendesse				
6. Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone				
7. Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
8. Não se sente íntimo de qualquer pessoa				

9. Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses				
10. Sente-se abandonado				
11. Sente-se completamente só				
12. É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
13. As suas relações sociais são superficiais				
14. Sente-se com muita vontade de ter companhia				
15. Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
16. Sente-se isolado das outras pessoas				
17. Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
18. É-lhe difícil fazer amigos				
19. Sente-se posto à margem e excluído (a) das outras pessoas				
20. Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo				