



Universidades Lusíada

Teixeira, Catarina Alexandra Gonçalves, 1998-

Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na qualidade de sono

<http://hdl.handle.net/11067/6053>

Metadados

Data de Publicação	2021
Resumo	<p>Nesta investigação, procurou-se compreender e caracterizar o impacto da satisfação com o suporte social na continuidade do self, na saúde mental e na qualidade de sono antes e durante a pandemia da Covid-19, no processo de envelhecimento ativo. Com o intuito de recolher as informações necessárias recorreu-se a uma abordagem metodológica quantitativa transversal. Foram realizados dois estudos, um primeiro com dados recolhidos entre dezembro de 2020 e março de 2021, período correspondente à atual ...</p> <p>In this research, we sought to understand and characterize the impact of satisfaction with social support on the continuity of the self, mental health, and quality of sleep before and during the Covid-19 pandemic, in the process of active aging. In order to gather the necessary information, a cross-sectional quantitative methodological approach was used. Two studies were conducted, the first with data collected between December 2020 and March 2021, a period corresponding to the current Covid-19 ...</p>
Palavras Chave	Envelhecimento - Aspectos Psicológicos, Idosos - Saúde mental, Sono, Qualidade de vida, Pandemia da COVID-19, 2020 - Aspectos psicológicos
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:24:43Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na
qualidade de sono**

Realizado por:
Catarina Alexandra Gonçalves Teixeira

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Dissertação aprovada em: 30 de novembro de 2021

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na qualidade de sono

Catarina Alexandra Gonçalves Teixeira

Lisboa

agosto 2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na qualidade de sono

Catarina Alexandra Gonçalves Teixeira

Lisboa

agosto 2021

Catarina Alexandra Gonçalves Teixeira

Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na qualidade de sono

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

agosto 2021

FICHA TÉCNICA

Autora Catarina Alexandra Gonçalves Teixeira
Orientadora Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Título Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na qualidade de sono
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

TEIXEIRA, Catarina Alexandra Gonçalves, 1998-

Impacto da satisfação com o suporte social na saúde mental e na qualidade de sono / Catarina Alexandra Gonçalves Teixeira ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Envelhecimento - Aspectos psicológicos
2. Idosos - Saúde mental
3. Sono
4. Qualidade de vida
5. Pandemia da COVID-19, 2020- - Aspectos psicológicos
6. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging - Psychological aspects

Agradecimentos

Como disse Churchill (1930) "Success is not final, failure is not fatal: it is the courage to continue that counts", assim foi o meu percurso na Psicologia durante estes 5 anos. Um caminho de resiliência e muita ambição. No entanto, fui abençoada desde o primeiro dia que iniciei a minha Licenciatura por pessoas incríveis e que tornaram possível este sonho.

Assim sendo, é da maior importância salientar o papel desses. Nomeadamente, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Túlia Cabrita, pelo seu constante empenho, dedicação e suporte permanente. Fico grata pela sua capacidade de serenidade em momentos de angústia.

À Professora Doutora Tânia Gaspar agradeço pela confiança de integração no projeto de investigação Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania, desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social.

A todos os meus amigos de Licenciatura e Mestrado quero agradecer pelos momentos de partilha e ajuda. Em especial à Catarina Santos, por ter sido a melhor companheira, confidente e Amiga que eu poderia ter pedido. Sem ti, tudo isto teria sido mais difícil. À Rafaela Diogo, Ayala Matioli, José Pedro Santos e Andréa Mendes, a quem fico grata pela ajuda e respeito.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha família, pois tudo o que sou e conquistei, a eles se deve e, como tal, a eles dedico este trabalho. À minha mãe, por ser uma mulher guerreira e incapaz de desistir. Aos meus avós Fernanda e Aníbal, por acreditarem sempre em mim. Ao meu padrasto, Luis Vilela, por ser o pai que eu preciso. Ao meu irmão, por me fazer querer ser uma pessoa melhor. Ao meu namorado, Diogo Dias, por ser a luz de um farol à noite no mar. À minha irmã Inês Dias, pelas suas palavras de inspiração. Ao Tomás Dias, Filomena Dias, avós Lola e Zé e tia Rita, por me apoiarem incondicionalmente e pela felicidade nos momentos de conquista.

“And those who were seen dancing were thought to be insane by those who could not

hear the music”

(Nietzsche, 1969)

Índice

Agradecimentos	V
Resumo	XI
Abstract.....	XIII
Índice de Tabelas	XV
Lista de Figuras.....	XVII
Lista de Abreviaturas	XIX
Introdução	1
Enquadramento Teórico.....	5
Da Aduldez de Meia-idade à Velhice	5
Fatores de Proteção Psicossocial.....	16
Suporte Social.....	16
Continuidade do Self	21
Saúde Mental	26
Qualidade de Sono.....	32
Modelo Conceptual Suporte Social - Sono	39
Objetivos.....	45
Método	47
Estudo 1.....	47
Participantes.....	47
Instrumentos	49
Procedimentos	54
Estudo 2.....	54
Participantes.....	54
Instrumentos	55
Procedimentos	55
Resultados	57
Estudo 1.....	58
Resultados Descritivos do Estudo	58
Resultados das Diferenças entre Variáveis Psicológicas e Variáveis Sociodemográficas em Estudo	60
Resultados das Associações entre as Variáveis Psicológicas em Estudo.....	63
Resultados do Estudo das Variáveis Preditoras.....	69
Estudo 2.....	73

Resultados das Diferenças entre Variáveis Psicológicas e Variáveis Sociodemográficas em Estudo	73
Discussão	81
Referências.....	95

Resumo

Nesta investigação, procurou-se compreender e caracterizar o impacto da satisfação com o suporte social na continuidade do *self*, na saúde mental e na qualidade de sono antes e durante a pandemia da Covid-19, no processo de envelhecimento ativo. Com o intuito de recolher as informações necessárias recorreu-se a uma abordagem metodológica quantitativa transversal. Foram realizados dois estudos, um primeiro com dados recolhidos entre dezembro de 2020 e março de 2021, período correspondente à atual pandemia Covid-19. O segundo estudo, tratou-se de uma comparação entre os dados recolhidos para o estudo um e uma amostra recolhida antes da pandemia da Covid-19. A amostra principal é constituída por 333 participantes, 212 do sexo feminino e 121 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40 e os 89 anos, apresentando uma média de idades de 56.20 anos. A investigação foi organizada através da aplicação de um questionário sociodemográfico e de instrumentos que avaliam a satisfação com o suporte social (WHOQOL-Bref), a continuidade do *self* (Escala de Persistência Pessoal), a saúde mental (GHQ-28) e a qualidade de sono (IQSP). Os resultados encontrados sugerem que durante a pandemia, as mulheres, os idosos de 66 até 80 anos, indivíduos reformados, solteiros/ viúvos apresentaram menos satisfação com o suporte social e pior qualidade de sono. Verificou-se uma relação negativa entre a satisfação com o suporte social e a saúde mental e a qualidade de sono, e uma relação positiva com a continuidade do *self*. Desta forma, foi possível observar que o suporte social demonstrou ser um fator de proteção contra os efeitos negativos na saúde mental e física (sono) no processo de envelhecimento ativo, durante a pandemia da Covid-19.

Palavras-chave: Suporte Social; Saúde Mental; Continuidade do *Self*; Qualidade de Sono

Abstract

In this research, we sought to understand and characterize the impact of satisfaction with social support on the continuity of the *self*, mental health, and quality of sleep before and during the Covid-19 pandemic, in the process of active aging. In order to gather the necessary information, a cross-sectional quantitative methodological approach was used. Two studies were conducted, the first with data collected between December 2020 and March 2021, a period corresponding to the current Covid-19 pandemic. The second study was a comparison between the data collected for study one and a sample collected before the Covid-19 pandemic. The main sample consisted of 333 participants, 212 female and 121 male, ranging in age from 40 to 89 years, with a mean age of 56.20 years. The research was organized by applying a sociodemographic questionnaire and instruments assessing satisfaction with social support (WHOQOL-Bref), continuity of *self* (Personal Persistence Scale), mental health (GHQ-28) and sleep quality (IQSP). The results found suggest that during the pandemic, women, the elderly aged 66 to 80 years, retired individuals, single/widowed individuals had less satisfaction with social support and worse sleep quality. There was a negative relationship between satisfaction with social support and mental health and sleep quality, and a positive relationship with continuity of self. Thus, it was possible to observe that social support proved to be a protective factor against negative effects on mental and physical health (sleep) in the active aging process during the Covid-19 pandemic.

Keywords: Social Support; Mental Health; *Self* Continuity; Sleep Quality

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra.....	43
Tabela 2: Características sociodemográficas da amostra.....	44
Tabela 3: Estatística descritiva referente as variáveis em estudo.....	53
Tabela 4: Diferenças entre sexo e qualidade de sono.....	55
Tabela 5: Diferenças entre as idades dos participantes e a qualidade do sono.....	55
Tabela 6: Diferenças entre estado civil e qualidade de sono.....	56
Tabela 7: Diferenças entre nível de escolaridade e qualidade de sono.....	57
Tabela 8: Diferenças entre a situação profissional e a qualidade de sono.....	58
Tabela 9: Correlações entre as variáveis suporte social e continuidade/descontinuidade do <i>self</i>	59
Tabela 10: Correlações entre as variáveis suporte social e saúde mental.....	59
Tabela 11: Correlações entre as variáveis suporte social e qualidade de sono.....	60
Tabela 12: Correlações entre as variáveis saúde mental e qualidade de sono.....	61
Tabela 13: Correlações entre as variáveis descontinuidade do <i>self</i> e saúde mental.....	63
Tabela 14: Correlações entre as variáveis descontinuidade do <i>self</i> e qualidade de sono.....	63
Tabela 15: Regressão Linear da continuidade do <i>self</i> , saúde mental e suporte social como preditores da qualidade de sono.....	65
Tabela 16: Regressão Linear da continuidade do <i>self</i> , suporte social e qualidade de sono como preditores da saúde mental.....	66
Tabela 17: Regressão Linear do suporte social, qualidade de sono e saúde mental como preditores da continuidade do <i>self</i>	67
Tabela 18: Regressão Linear da continuidade do <i>self</i> , saúde mental e qualidade de sono como preditores do suporte social.....	68
Tabela 19: Diferenças entre suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19..	69

Tabela 20: Diferenças entre o sexo no suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19.....	70
Tabela 21: Diferenças entre reforma e suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19.....	71
Tabela 22: Diferenças entre idade e suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19.....	72
Tabela 23: Diferenças entre estado civil e suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19.....	74

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo Conceptual Suporte Social-Sono.....	44
Figura 2: Sistematização da Relação Suporte Social-Sono.....	82

Lista de Abreviaturas

DGS	–	Direção Geral da Saúde
DSM-5	–	Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais V
GHQ-28	–	Escala de Saúde Geral de Goldberg
INE	–	Instituto Nacional de Estatística
MERS	–	Síndrome Respiratória Do Médio Oriente Mundial de Saúde
NREM	–	Non-Rapid Eye Movement
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PSQI	–	Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
QV	–	Qualidade de Vida
REM	–	Rapid Eye Movement
RNA	–	RiboNucleic Acid
SRA	–	Síndrome Respiratória Aguda Grave
WHOQOL Bref	–	Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização, forma abreviada
HPA	–	Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

Introdução

Em Portugal, entre 2018-2020, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 81.06 anos. Em 1900, esta não ultrapassava os 45 anos de idade, o que para a maioria das pessoas significava não chegar a envelhecer ou ter uma velhice curta e cercada de doenças, incapacidade e inatividade (Neri, s.d.). Segundo os resultados do INE (Instituto Nacional de Estatística) de 2019, a proporção mundial de pessoas com mais de 65 anos de idade aumentou para 21.8%, estimando-se que o índice de envelhecimento poderá quase duplicar entre 2018 e 2080 (INE, 2019; INE, 2020). Ao longo do último século, o número de anos que um indivíduo passa na reforma ativa aumentou 10 vezes (Marques, 2012; Vaillant & Mukamal, 2001). Desta forma, a sociedade gera agora um maior número de adultos de meia-idade e idosos, que tendem a contribuir como líderes, gestores e mentores. Assim sendo, torna-se cada vez mais importante estudar os fatores psicossociais envolvidos no envelhecimento bem-sucedido. O estudo desses fatores possibilita uma melhor capacidade de intervenção psicológica, de forma a prevenir e retardar o declínio associado à idade (Neri, s.d.).

A atual pandemia da Covid-19 acarretou uma nova ameaça à saúde do ser humano, principalmente à população idosa. O envelhecimento aumenta o risco de infeção e mortalidade pelo Coronavírus. Como resultado, as ordens de restrição e as recomendações de isolamento tendem a ser mais rigorosas para esta população, desencadeando maiores níveis de *stress*, solidão, ansiedade, depressão e insónia, por possível incerteza do curso da pandemia, medo de infeção, perturbação das rotinas e défices nas ligações sociais (Ahmed et al., 2020; Barros et al., 2020; Guzman et al., 2021; Huang & Zhao, 2020). Levinson e Vaillant (Sigelman & Rider, 2018) referem que um dos componentes principais da estrutura de vida são as relações sociais. O suporte dado pelas redes de apoio social assume uma dimensão importante tanto na integração como na mediação do *stress*, ou das situações que o provocam (Lopes, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o suporte social é um dos elementos-chave na manutenção da saúde e na qualidade de vida, uma vez que a elevada percepção desse apoio representa um impacto positivo na saúde (física e mental) (Sette & Capitão, 2018). Dessa forma, indivíduos que se sentem mais sozinhos ou com a percepção de tensão social tendem a apresentar um menor sentido na vida, estando este sentimento associado a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Krause & Rainville, 2020). Por conseguinte, acredita-se que a depressão ou os sintomas depressivos podem mediar as ligações entre a satisfação com o apoio social e o sono (Kent de Grey et al., 2015), uma vez que o *stress* nas relações sociais próximas, pode suscitar pensamentos ruminativos na hora de dormir, alimentando uma possível depressão e, conseqüentemente, aumentando os níveis de vigiância em relação ao ambiente, o que reduzirá a qualidade do sono (Armstead et al., 2019; Fekete et al., 2014; Marini et al., 2019; Slavish et al., 2018; Troxel et al., 2007). Apesar da importância do sono, a *National Sleep Foundation* revelou que até 45 milhões de pessoas na Europa têm uma perturbação do sono que afeta o seu funcionamento diário e a sua saúde (Medic et al., 2017).

Assim sendo, o suporte social tem sido considerado um fator de proteção entre os efeitos negativos do *stress* na saúde mental e física (sono) no processo de envelhecimento ativo, durante a pandemia da Covid-19 (Krause & Rainville, 2020). No entanto, uma demonstração de que o apoio social está associado a um resultado relacionado com a saúde não proporciona suficiente especificidade para desenvolver uma boa intervenção. Desta forma, pretendia-se avaliar através de um estudo inovador em Portugal com uma abordagem quantitativa e comparativa, os mecanismos responsáveis pelas ligações entre as relações sociais e a qualidade do sono, tendo como principal objetivo compreender e caracterizar o impacto da satisfação com o suporte social na continuidade do *self*, na saúde mental e na qualidade de sono antes e durante a pandemia da Covid-19, no processo de envelhecimento ativo.

Estudar o fenómeno relacionado com o suporte social pode contribuir para a prática da psicologia clínica na área de intervenção no sono e na saúde mental, na medida em que, através da melhoria da perceção de apoio social e consequentemente da depressão e ansiedade, possibilite uma diminuição das perturbações no sono (Mesas et al., 2019).

O presente estudo encontra-se dividido em cinco partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, que abrange os temas da adultez de meia-idade à velhice e os fatores de proteção psicossocial ao envelhecimento ativo, que compreendem o suporte social, a continuidade do *self*, saúde mental (ansiedade e depressão) e qualidade de sono e, por fim, é analisado um modelo conceptual suporte social-sono (relação entre suporte social, continuidade do *self*, saúde mental e qualidade de sono). A segunda parte é composta pelos objetivos do estudo, seguido da terceira parte onde é mencionado o método, incluindo participantes, instrumentos e procedimento. Na quarta parte, são mencionados os resultados obtidos que, seguidamente, são discutidos na quinta e última parte do estudo, a conclusão. Na conclusão são, também, referidos os possíveis contributos, sugestões futuras e limitações.

Enquadramento Teórico

Da Adulterez de Meia-idade à Velhice

O processo de envelhecimento é considerado uma experiência heterógena e individual, sendo, contudo, um processo universal determinado geneticamente (Schneider & Irigaray, 2008; Neri, s.d.). Segundo a teoria *Life Span* (Baltes, 1987; Sigelman & Rider, 2018), o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida.

Daniel Levinson (1977) teorizou o desenvolvimento humano através de um padrão estabilidade-transição-estabilidade. O conceito central deste modelo é a estrutura de vida individual, referindo-se ao padrão de vida num determinado momento, na sociedade, considerando tanto o eu/*self*, como o mundo e as transacções entre eles. A estrutura de vida é composta pela natureza sociocultural do homem (religião, etnia, família, sistema político, acontecimentos particulares como guerra), a sua participação no mundo (relações e papéis sociais) e os aspectos do seu eu que são expressos e vividos ou inibidos e negligenciados nos vários componentes da sua vida. Nesta perspectiva, o desenvolvimento dos adultos é a evolução da estrutura de vida.

O curso de vida refere-se ao carácter evolutivo de estabilidade/mudança, continuidade/descontinuidade, do princípio ao fim de uma vida e inclui todos os aspetos que têm significado na mesma. O curso de uma vida não é um processo simples e contínuo, sendo que nenhuma etapa é melhor ou mais importante do que a outra, cada uma é necessária e contribui com o seu carácter para o todo. A ideia de ciclo de vida sugere que existe uma ordem subjacente no curso. Embora cada vida individual seja única, todos passam pela mesma sequência básica (Sigelman & Rider, 2018). Levinson (1977) contemplou o ciclo de vida como uma sequência de eras, com carácter biopsicossocial. As eras/ períodos estáveis (cerca de 6-8 anos) e os seus períodos de transição (4 a 5 anos) formam a macroestrutura do ciclo de vida, sendo que as primeiras contemplam várias mudanças e são, tendencialmente,

sobrepostas, ou seja, uma nova era começa quando a anterior se aproxima do seu fim. A principal tarefa de desenvolvimento de um período estável é fazer escolhas, construir uma estrutura de vida à sua volta e procurar atingir objetivos. Apesar de muitas mudanças poderem ocorrer durante este período, a estrutura básica tende a permanecer intacta. Por outro lado, a principal tarefa de desenvolvimento de um período de transição é terminar a estrutura vigente e trabalhar para o início de uma nova. Isto requer uma reavaliação da estrutura existente, exploração de possibilidades de mudança e iniciar novas escolhas que constituirão a base de um novo período estável. Cada período de transição tem também as suas próprias tarefas distintas, refletindo o seu lugar no ciclo de vida.

A primeira era é denominada Pré-idade Adulta (*Pre-adulthood*). Esta engloba a idade desde o nascimento até aos 22 anos e é a que demonstra o mais rápido crescimento biopsicossocial. Segue-se a Idade Jovem Adulta (*Early Adulthood*), que dura desde os 17 aos 45 anos. Esta etapa é interpretada tanto como a de maior vigor e abundância, como de contradição e *stress*. É um período de escolhas intenso, em que o jovem deve procurar construir uma estrutura de vida que providencie uma ligação entre o eu e a sociedade adulta. O espaço de sobreposição entre as duas eras é o chamado período de Transição da Idade Adulta (*Early Adulthood Transition*). A terceira era, Meia-Idade Adulta/Adulterez média (*Middle Adulthood*), engloba a idade desde os 40 aos 60 anos. Durante esta era as nossas capacidades biológicas estão abaixo das do início da idade adulta, mas normalmente ainda são suficientes para uma vida energética, satisfatória e socialmente valiosa. Aos 40 e 50 anos, as pessoas tornam-se membros seniores dos seus mundos particulares, responsáveis pelo seu trabalho e, por vezes, pelo dos outros e pelo desenvolvimento da geração atual de jovens adultos. A Meia-Idade é composta pela: Transição da Meia-Idade (*Mid-Life Transition*), dos 40 aos 45 anos, com objetivo de rever a estrutura de vida dos 30 anos e reconhecer a mortalidade e os seus limites. As tarefas de desenvolvimento desta transição são a maturidade

e o início da individuação, que torna os adultos mais amáveis, empáticos, reflexivos e menos judiciosos e conflituosos; pela Estrutura Inicial da Adulter Média, dos 45 aos 50 anos, que tem como princípio desenvolver a estabilidade respondendo a questões da vida; pela Transição dos 50 anos, dos 50 aos 55 anos, oportunidade para modificar e talvez melhorar a estrutura inicial da adulter média; e pela Estrutura Culminante da Adulter Média, dos 55 aos 60 anos, que ajusta as respostas às questões levantadas e estabiliza. Por fim, a Transição para a Idade Adulta (*Late Adult Transition*) que ocorre entre os 60 e os 65 anos conduz o início da última era, a Idade Avançada (*Late Adulthood*) (Levinson, 1986; Sigelman & Rider, 2018).

Tal como Levinson, George Vaillant, estudou o desenvolvimento humano, mais especificamente teorizou sobre a adaptação à vida. A perspectiva deste autor afasta-se da ênfase das eras e centra-se nas tarefas de desenvolvimento da vida que são tipicamente sequenciais (Vaillant, 2001). No contexto da idade adulta jovem e média, Vaillant descreve o papel da consolidação da carreira na qual o indivíduo é capaz de trabalhar nas tarefas profissionais escolhidas com uma sociabilidade apropriada e um sentido de satisfação. A generatividade (desenvolvimento de preocupações que vão para além da esfera puramente pessoal, esforço por transmitir conhecimentos e competências a outros, em particular, à geração seguinte) cresce a partir da carreira e representa uma expansão do objetivo de ser um líder para a próxima geração. Este autor descobriu nos seus estudos longitudinais que a generatividade bem-sucedida triplicava as hipóteses de um indivíduo experimentar mais alegria do que desespero aos 70 anos. A velhice é representada pelas tarefas de desenvolvimento de Vaillant, respetivamente como guardião do significado e integridade. Um indivíduo mais velho a servir como guardião do significado é geralmente menos ideológico porque apresenta um círculo de preocupação mais amplo e menos seletivo. Os seus esforços permitem, frequentemente, relações intergeracionais mais significativas. Por sua vez, a integridade indica a tarefa necessária de aceitar e encontrar algum significado e

prosperidade na vida, sem sucumbir ao desespero sobre as possibilidades restritas da idade (Agronin, 2014; Sigelman at al., 2019).

No início do século 20, a expectativa de vida de um europeu não ultrapassava os 45 anos de idade, não havia vacinas e antibióticos, as possibilidades de reabilitação eram reduzidas e as condições de trabalho eram muito duras em comparação com as atuais. Para a maioria, significava não chegar a envelhecer, ou ter uma velhice curta e assombrada por doenças, incapacidade e inatividade (Neri, s.d.). Segundo os resultados do INE (Instituto Nacional de Estatística) de 2019, a proporção mundial de pessoas com mais de 65 anos de idade aumentou para 21,8%, estimando-se que o índice de envelhecimento poderá quase duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2019; INE,2020). Ao longo do último século, o número de anos que um indivíduo passa na reforma ativa aumentou 10 vezes (Marques, 2012; Vaillant & Mukamal, 2001). Desta forma, a sociedade gera agora um maior número de adultos de meia-idade e idosos, que tendem a contribuir como líderes, gestores e mentores, como fontes de sabedoria tradicional e de inovação. A diminuição moderada da capacidade biológica na meia-idade deve ser contrabalançada por uma maior capacidade psicossocial de contribuir de inúmeras formas (intelectuais, emocionais, morais) para a manutenção e desenvolvimento da cultura (Levinson, 1977; Sigelman at al., 2019).

Devido à baixa esperança média de vida, o estudo do envelhecimento era abordado por teorias que se centravam nos aspetos negativos da velhice. Atualmente, pensasse no envelhecimento como uma etapa prolongada do ciclo de vida que pode ser bem-sucedida. A velhice bem-sucedida está aliada à reduzida probabilidade de contrair doenças, em especial as que causam a perda de autonomia, à manutenção de um elevado nível funcional no plano cognitivo e físico e à manutenção de empenho social e do bem-estar subjetivo. Existe uma relação hierárquica entre estas condições, ou seja, a ausência de incapacidade torna mais fácil

manter o nível cognitivo e físico, o que permite a existência de um maior compromisso com a vida (Marques, 2012; Neri, s.d.).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável, com base em dois conceitos, capacidade intrínseca e capacidade funcional. A capacidade intrínseca, refere-se ao conjunto de capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode recorrer em qualquer momento, incluindo o ambiente em que está inserido e as suas interações. Esse ambiente fornece recursos ou barreiras que decidirão a capacidade de uma pessoa poder fazer aquilo que considera importante. A capacidade funcional consiste na combinação de indivíduo, ambiente e interação, permitindo que as pessoas sejam ou façam o que valorizam. Com suporte nestes princípios, o envelhecimento saudável assenta no desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, proporcionando bem-estar na idade avançada. No entanto, nenhuma das capacidades permanecem constantes, embora tendam a diminuir com o aumento da idade, são as escolhas de vida que irão determinar a trajetória de cada indivíduo (Chan, 2021).

A conceção de envelhecimento bem-sucedido considera a existência do declínio físico e cognitivo associado à idade, que é geneticamente determinado, mas pressupõe também a possibilidade de intervenção, atrasando e limitando esse declínio (Neri, s.d.). Levinson (1986), acredita que atributos de personalidade, papéis sociais e características biológicas são aspetos de uma vida que devem ser considerados nas mudanças. Um dos principais componentes da estrutura de vida são as relações sociais, relações com outra pessoa (real na vida atual ou do passado, ou figura simbólica/ imaginária da religião, mito ou fantasia), com um grupo, uma instituição ou um determinado objeto ou lugar. Uma relação significativa envolve, um investimento do *self* (desejo, compromisso, energia), um investimento recíproco da outra pessoa/entidade e contextos sociais que contêm a relação, dando-lhe forma e

tornando-se parte dela. Cada relação mostra tanto estabilidade como mudança à medida que evolui com o tempo, desempenhando diferentes funções (Sigelman et al., 2019).

O conceito de estrutura de vida exige uma examinação da natureza e do padrão das relações de um adulto com todos os outros significativos e a evolução destas relações ao longo dos anos. Estas relações são o material de que é feita a vida, dando forma e substância ao seu curso, sendo o veículo pelo qual se vive ou anula vários aspetos do ser e pelo qual se participa, melhor ou pior, no mundo. Assim sendo, a integração social da adultez está relacionada de forma positiva com o sucesso do processo de envelhecimento. Integração social é um conceito que compreende a participação organizacional, atividade social, redes sociais de apoio, padrões de amizade, satisfação de vida ou saúde mental positiva.

Geralmente o processo de envelhecimento acarreta grandes mudanças no ciclo de vida. Estas mudanças podem ser percebidas como grandes fontes *stress* (e.g., reforma, morte de pares, perda de autonomia, declínio das capacidades físicas, etc.). O suporte dado pelas redes de apoio social assume assim uma dimensão importante tanto na integração como na mediação do *stress*, ou das situações que o provocam (Lopes, 2011). Em qualquer momento, uma estrutura de vida pode ter diversos componentes, contudo, apenas dois ou três ocupam um lugar central na estrutura. Na maioria das vezes, o casamento, família e ocupação profissional são os componentes centrais da vida de uma pessoa, embora ocorram variações na sua importância. Os componentes centrais são os que têm maior significado para o eu e para o curso de vida e são aqueles que recebem mais tempo e energia do indivíduo (Levinson, 1986; Sigelman, & Rider, 2018).

A transição da adultez de meia-idade à velhice pode ser analisada sob três dimensões: declínio, mudança e desenvolvimento. Os nossos sentidos começam a entrar em declínio a partir dos vinte anos, sendo que aos setenta já só conseguimos identificar metade dos cheiros que reconheceríamos aos quarenta. A mudança refere-se não só à mudança física, mas

também à mudança de hábitos e rotinas, que não é necessariamente adversa. Envelhecer pressupõe também desenvolvimento e amadurecimento, como por exemplo aos 70 anos é se muitas vezes mais paciente e tolerante consigo mesmo e com os outros do que aos 20 anos (Neri, s.d.; Vaillant & Mukamal, 2001; Vaillant, 2002). Como Levinson descreveu, o declínio pode, com o desenvolvimento da meia-idade, permitir a um homem enriquecer a sua vida. Este pode estar mais livre das vaidades, invejas e moralismos e pode tornar-se um filho mais carinhoso para com os seus pais idosos e uma autoridade mais compassivas para com os jovens adultos (Coutinho, 2010).

Na perspetiva de Vaillant (2004) podem ser identificados vários domínios funcionais para o envelhecimento bem-sucedido: o estilo de *coping* adaptativo, boa saúde física objetiva e subjetiva, saúde mental objetiva, satisfação subjetiva de vida, casamento estável, ausência de consumo de substâncias tóxicas, como o tabaco e álcool, peso saudável acompanhado de exercício físico e apoio social. Os dois fatores psicossociais mais significativos, segundo a literatura, são a elevada escolaridade e uma extensa rede familiar (Sigelman et al., 2019). Pelo contrário, fatores como *stress*, não mostram uma relação direta com o sucesso nesta etapa (Nolan & Kadavil, 2003; Neri, s.d.). No entanto, o *stress* pode ser considerado um dos contextos de vida pelos quais os indivíduos podem prosperar, caso sejam capazes de lidar com as adversidades, o que lhes permite crescer a partir da experiência. As pessoas saem de circunstâncias adversas, mais fortes e melhores do que antes, caso tenham o apoio de outras pessoas significativas que as fortificam e as ajudam na reconstrução. Neste sentido, as relações podem constituir uma fonte de força, para além de um refúgio, em circunstâncias adversas (Feeney & Collins, 2015).

Assim sendo, a teoria de Vaillant sobre a adaptação à vida propõe que a resposta ao *stress* possa ser vista de dois pontos de vista, patológico ou *coping*, dependendo das circunstâncias e frequência com que a resposta é utilizada. As respostas patológicas ao *stress* derivam da sua

utilização persistente que leva a um comportamento mal adaptativo, resultando num efeito adverso no funcionamento social, físico ou mental de um indivíduo, como por exemplo o desenvolvimento de perturbações como o *stress* pós-traumático (Walker & McCabe, 2021). As formas de *coping* ao *stress* estão divididos em três grandes categorias: procura de suporte social (suscitar voluntariamente a ajuda de outras pessoas apropriadas), estratégias cognitivas conscientes que os indivíduos usam intencionalmente para tirar o melhor partido de um evento negativo (e.g. tornar boa uma situação má através da recolha de informação, antecipação do perigo e treino de respostas ao mesmo) e mecanismos mentais involuntários que distorcem a perceção da realidade interna e externa para reduzir o sofrimento (semelhante à febre na saúde física), envolvendo mecanismos homeostáticos que reduzem os efeitos desorganizadores do *stress* súbito (Vaillant, 2000; Walker & McCabe, 2021). Estes mecanismos mentais adaptativos permitem ao indivíduo maximizar a gratificação assim como manter consciência dos seus sentimentos, ideias e consequências.

As duas primeiras classes de *coping* (conscientes) superiorizam-se à terceira, uma vez que ambas estão sob controlo volitivo e podem afetar o mundo real. Contudo, as defesas ou mecanismos de *coping* involuntárias também apresentam vantagens, pois são independentes da educação e do privilégio social, ou seja, quando não existem soluções cognitivas e apoios sociais, a resistência psicológica consegue alcançar um efeito homeostático semelhante, através de defesas mentais involuntárias (Sigelman, & Rider, 2018; Vaillant, 2000).

Os mecanismos de defesa têm origem na teoria psicanalítica e são descritos como esforços, em grande parte inconscientes ou automáticos para manter a estabilidade psicológica face aos fatores de *stress* internos e externos através da modificação da forma como a realidade é percecionada (Malone et al., 2013). Os mecanismos de defesa protegem a mente de consequências negativas percebidas e proporcionam proteção contra uma situação adversa. Estes regem-se por uma ordem hierárquica de níveis de maturidade: as defesas

maduras/ adaptativas são a sublimação, humor, antecipação, supressão e altruísmo; as defesas intermédias ou neuróticas, como por exemplo a formação reativa e o deslocamento; e as defesas imaturas, como por exemplo a projeção e negação (Marques, 2012; Walker & McCabe, 2021).

A sublimação é o mecanismo que permite a resolução indireta de conflitos internos recorrendo a meios socialmente aceitáveis, gratificantes, de forma construtiva e sem consequências adversas, nem perda de prazer. O humor é o mecanismo que permite ao indivíduo expressar experiências afetivas dolorosas de um modo espontâneo e sem incómodo para si ou para quem o rodeia. A antecipação, como o próprio nome indica, consiste no mecanismo de defesa que permite ao indivíduo a previsão de situações realistas que podem ser desconfortáveis e ansiogénicas para si. Reflete, assim, a capacidade de perceber um perigo futuro, tanto emocional como cognitivamente, e poder resolvê-lo progressivamente. A supressão envolve a opção semiconsciente de adiar um prazer ou um impulso, mantendo-os na mente sob controlo. O altruísmo é utilizado para transformar um conflito, envolve retirar prazer de dar aos outros aquilo que os outros gostam de receber (Campos, 2019; Vaillant, 1992).

Estas defesas são mais comuns em pessoas mentalmente saudáveis e vão-se mostrando cada vez mais presentes a partir do início da idade adulta, estando associadas a melhores relações, satisfação no trabalho, bem-estar subjetivo e saúde mental. As defesas adaptativas reduzem os conflitos e as dissonâncias cognitivas durante mudanças súbitas na realidade interna e externa, que, se não forem modificadas, resultam em ansiedade e/ou depressão. Por outro lado, as defesas menos adaptativas estão relacionadas com uma saúde mental mais pobre, problemas de trabalho, dificuldades de regulação, expressão e compreensão emocional e dificuldades nas relações sociais (empobrecimento). Por exemplo, ao lidar com uma doença, a pessoa pode reconhecer que está angustiada, mas gerir de forma adaptativa os

sentimentos através de uma atividade artística (sublimação). Mecanismos maduros de lidar com a doença, tais como humor e altruísmo (por exemplo, voluntariado numa organização para pessoas que também estão a lutar contra a doença) diminuem o impacto emocional da angústia, ao mesmo tempo que mantêm esses indivíduos mais envolvidos com a realidade (Malone et al., 2013; Marques, 2012; Vaillant, 2000).

Vaillant (2000) sugere que o aumento dos apoios sociais, a segurança interpessoal e a integridade do sistema nervoso central (e.g. repouso, nutrição) são fatores importantes, uma vez que têm sido associados empiricamente tanto à saúde física como ao funcionamento da personalidade. Smith e Spiro (2002) postulam que a personalidade leva os indivíduos a escolher contextos sociais que são promotores de saúde ou redutores de saúde. Utilizando esta abordagem, foi colocada a hipótese de que o apoio social mediará as ligações entre personalidade e saúde física tardia. De acordo com o estudo de Malone et al. (2013), os mecanismos de defesa adaptativos conduziram a apoios sociais reforçados, que acabaram por conduzir a melhores resultados de saúde física na velhice. Os indivíduos (entre os 47 e 63 anos de idade) com maior apoio social apresentavam taxas mais baixas de mortalidade (e.g. doença cardiovascular) e o envolvimento social foi associado a níveis mais baixos de doença mental, deficiência cognitiva e incapacidade física.

Contudo, como sabemos a velhice apresenta desafios únicos, uma vez que os indivíduos que se aproximam do fim da vida experimentam problemas de saúde acrescidos e enfrentam uma variedade de mudanças nas suas redes de apoio social (Vaillant & Mukamal, 2001). No estudo de Walker & McCabe (2021) os mecanismos de defesa associados ao início da pandemia de Covid-19 tenderam a ser tipicamente imaturos, como a negação generalizada de que o vírus representava uma ameaça à vida no mundo ocidental. A negação pode ser definida como a recusa de aceitar a realidade externa porque é demasiado ameaçadora, o que pode reduzir a ansiedade.

Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2) foi denominado pela OMS, a 30 de janeiro de 2020, como uma emergência de saúde pública de preocupação internacional (Pinto et al., 2020). Este surgiu em Wuhan, província de Hubei, na China, e propagou-se rapidamente pelo mundo (El-Zoghby et al., 2020).

Os Coronavírus são vírus RNA (*RiboNucleic Acid*) que apresentam vários subtipos. Estes causam, maioritariamente, infeções ligeiras do trato respiratório superior. Várias estirpes de Coronavírus causaram os surtos de síndrome respiratória aguda grave (SRA), em 2002, e o surto de síndrome respiratória do médio oriente (MERS), em 2012 (Rogers et al., 2020). No entanto, a infeção Covid-19 é considerada, até agora, o maior surto de pneumonia atípica devido à sua elevada taxa de contágio (El-Zoghby et al., 2020). Os sintomas da infeção incluem febre, arrepios, tosse seca, dor de garganta e cabeça, mialgia, náuseas, vômitos e diarreia (Salari et al., 2020). A transmissão ocorre por contacto próximo com pessoas infetadas (transmissão direta), ou por contacto com superfícies e objetos contaminados (transmissão indireta). A transmissão por contacto próximo sucede através de gotículas de saliva que contêm partículas virais que são libertadas pelo nariz ou boca, quando tosse ou espirram, e que podem atingir diretamente a boca, nariz e olhos de quem estiver próximo. Indiretamente, as gotículas podem depositar-se nos objetos ou superfícies que rodeiam a pessoa infetada e infetar outras pessoas quando tocam com as mãos nestes objetos, tocando depois na cara (El-Zoghby et al., 2020).

Sendo uma doença viral altamente contagiosa, a Covid-19 é um fenómeno inerentemente social, e o sucesso da contenção depende da limitação efetiva do contacto social. A maioria dos governos tomou medidas rápidas para tentar abrandar a propagação do vírus, tendo sido uma delas o estado de isolamento/quarentena, enfatizando o distanciamento social, incluindo ordens de permanência no domicílio (El-Zoghby et al., 2020; Tassara et al. 2021). Embora essenciais para conter o vírus, estas intervenções sociais podem afetar, negativamente,

processos sociais que facilitam a saúde mental, incluindo a disponibilidade de apoio social, a interação diária e as influências sociais, como observado após epidemias anteriores (Marroquín et al., 2017). Durante a atual pandemia, um tópico que tem sido objeto de interesse da comunidade científica é o papel do apoio social como fator de proteção psicossocial em relação às dificuldades de saúde mental (Grey et al., 2020).

Fatores de Proteção Psicossocial

Suporte Social

O suporte social ou apoio social demonstrou ser um fator de proteção entre os efeitos negativos da angústia na saúde mental e física. Embora a existência de elevadas taxas de apoio social possam ser protetoras para problemas de saúde mental durante um evento de vida altamente stressante, o distanciamento social e o isolamento podem limitar a disponibilidade, recepção ou, principalmente, a percepção de apoio social à medida que as fronteiras sociais são restringidas. Apesar das práticas concebidas para diminuir o contágio possam resultar na limitação da propagação do SARS-CoV-2, estas podem ter consequências psicológicas negativas (Szkody et al., 2021).

Desta forma, o suporte social é um dos elementos-chave na manutenção da saúde e na qualidade de vida, uma vez que a elevada percepção desse apoio exerce um impacto positivo na saúde (física e mental), no bem estar subjetivo e em taxas mais baixas de morbidade e mortalidade (Feeney & Collins, 2015; Sette & Capitão, 2018; Wu & Sheng, 2019). Segundo a OMS (2006), a saúde é definida não apenas como ausência de doença, mas também pela existência de um sentimento de estado absoluto de bem-estar, tanto físico como mental e social. A saúde é, assim, um conceito influenciado por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, económicos e espirituais (Harandi et al., 2017; Wu & Sheng, 2019). Esta organização considera que a percepção de suporte social desempenha uma grande influência no processo saúde-doença. Quando existe uma percepção mais positiva e elevada,

por parte do sujeito, do seu suporte social, o mesmo pode fortalecer e beneficiar a saúde e, conseqüentemente, enfraquecer o *stress*, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Contudo, este poderá influenciar negativamente a sua vida quando o indivíduo percebe o suporte social como inadequado ou ausente, possibilitando um aumento do *stress* (Sette & Capitão, 2018).

Suporte social é definido como um aspeto multidimensional de percepção de existência de relações de conexão com o parceiro, com membros da família, com amigos próximos, com vizinhos ou com instituições (Bornstein, 2018). A esse conjunto de pessoas, designa-se por rede de suporte social, sendo conceitualmente constituída por dimensões estruturais e funcionais (Costa et al., 2011; Mesas et al., 2019; Ribeiro et al., 2019). A dimensão estrutural inclui o tamanho da rede (número de amigos, familiares, etc.) e a sua frequência de interações sociais, enquanto a dimensão funcional é definida como a percepção de ter alguém para pedir ajuda quando necessário (conselhos) (Aida et al, 2011 citado por Mesas et al., 2019).

O apoio social inclui percepções de apoio (apoio percebido-subjetivo) e comportamentos de apoio (apoio recebido-objetivo), que podem promover o bem-estar geral, bem como aumentar a resistência pessoal aos problemas de saúde (Paykani et al., 2020). O apoio social percebido é definido através de avaliações subjetivas da forma como cada pessoa sente que recebe cuidado e apoio por parte de outras pessoas e pode interferir na sua capacidade de lidar com problemas (Costa et al., 2011; Eagle et al., 2019). Os comportamentos de apoio podem ser explícitos (diretos) ou implícitos (indiretos), dependendo das necessidades do beneficiário. Embora a prestação de apoio exija tempo e esforço, esta nem sempre requer um grande investimento de energia. Muitos dos comportamentos definidos para promover a percepção de apoio são simples de adotar, tais como comunicar disponibilidade, partilhar companheirismo, encorajar e celebrar sucessos (Feeney & Lemay, 2012). De facto, a investigação indica que pequenos atos de cuidado (e.g. estar fisicamente presente e

sintonizado) podem ter impacto no bem-estar pessoal e relacional, e que os indivíduos podem beneficiar da proximidade simbólica de tal forma que a presença física nem sempre seja necessária (Feeney & Collins, 2015). A evolução da internet e das ferramentas tecnológicas de comunicação facilitaram os contactos entre indivíduos de todo o mundo. Devido ao facto de os indivíduos estarem em constante contacto com o mundo através da internet, é cada vez mais natural integrar-se interações sociais da vida real no *online*. As ferramentas tecnológicas trazem uma forma particular de apoio social observada nas redes sociais (e.g., blogs, facebook, whatsapp, instagram), através das quais as pessoas, mesmo de forma anónima, trocam mensagens de texto, fotos e vídeos. As comunidades *online* satisfazem as necessidades individuais de pertença e identificação com outras pessoas, constituindo assim uma nova fonte de apoio social (Bornstein, 2018).

Existe, portanto, uma nítida distinção entre a quantidade de apoio que as pessoas recebem e a sua satisfação subjetiva com o mesmo (qualidade), no entanto, embora ambos sejam importantes, a literatura sugere que a qualidade do apoio social (dimensão funcional) está mais fortemente associada a resultados relacionados com a saúde do que indicadores da quantidade de apoio que tem sido prestado (dimensão estrutural) (Krause & Rainville, 2020). O grau de perceção de apoio depende, essencialmente, do grau de sensibilidade do outro. Ser sensível implica responder às necessidades de tal forma que o beneficiário do apoio se sinta compreendido, validado e cuidado (Feeney & Lemay, 2012). Dentro de cada contexto de vida, o prestador de apoio deve possuir pelo menos três pré-requisitos que podem ser influenciados pela personalidade, competência, recursos e motivação. A eficácia da prestação de apoio requer conhecimentos sobre como apoiar os outros, capacidade de regular as próprias emoções e capacidade de compreender e interpretar com precisão os pensamentos e sentimentos dos outros. Assim, um bom prestador de apoio tem de ser capaz de restaurar,

eficazmente, o sentimento de segurança, proporcionando conforto emocional e facilitando a resolução de problemas (Collins et al., 2010).

Os parceiros conseguem proporcionar apoio através de um ambiente tranquilo para a expressão de emoções negativas, transmitindo aceitação, fornecendo ajuda instrumental para diminuir circunstâncias adversas e protegendo o outro de variáveis negativas relacionadas com o *stress*. Ajudar o outro a enfrentar adversidades e consequentemente prosperar, implica, nomear e indicar capacidades que a pessoa já tem, mas que não reconhece, descobrir e alcançar capacidades novas para enfrentar com sucesso a adversidade, encorajar a procura de paixões de uma forma saudável e promover o comportamento consistente com o seu ideal (em termos de valores e tendências comportamentais, Fenómeno Michelangelo) (Feeney & Collins, 2015).

Segundo a literatura, existem quatro tipos de suporte social: suporte informativo, emocional, instrumental e de estima (Pan et al., 2019). O suporte informativo refere-se à receção de conhecimentos ou factos relacionados à tomada de decisão (e.g. conselhos ou *feedback*). O suporte emocional está relacionado com as expressões que incluem sentimento de carinho, preocupação, empatia e simpatia. O suporte instrumental ou tangível é definido como o auxílio de bens e serviços, por outras pessoas ou instituições, que ajudam a resolver problemas práticos (e.g. ajuda financeira). E finalmente, o suporte de estima ou avaliação, menos consensual entre os autores, sendo agrupado ao suporte emocional, concebido como o auxílio na promoção de competências, capacidades e no valor intrínseco de cada um (Bornstein, 2018; Ko et al., 2013; Sette & Capitão, 2018).

As pessoas necessitam de diferentes tipos de apoio social dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontram, no entanto, para identificar qual é o tipo de apoio que é mais consequencial para a saúde, é necessário verificar os benefícios que as pessoas obtêm das suas redes de suporte (Ribeiro et al., 2019).

A existência de sistemas de apoio social robustos acarreta benefícios, como o aumento da autoestima, a sensação de controlo, a redução ou gestão do *stress*, que facilita a adaptação a circunstâncias de transição (experiência profissional, paixão, etc) e crise (e.g. desemprego, divórcio, *bullying*, luto, etc), que são inerentes ao ciclo de vida, a diminuição do risco de mortalidade, encontrar propósito e significado na vida e prosperidade (Bornstein, 2018; Kent de Grey et al., 2015; Pan et al., 2019). A prosperidade é concetualizada como o florescimento de cinco grandes componentes de bem-estar: bem-estar hedónico (felicidade e satisfação de vida, a perceção da qualidade de vida); bem-estar eudaimónico (ter propósito e significado na vida, autonomia e acumulação de sabedoria); bem-estar psicológico (autoestima positiva, resiliência, ausência de sintomas ou perturbações da saúde mental); bem-estar social (ligações humanas profundas e significativas, fé nos outros); e bem-estar físico (aptidão física, ausência de doença) (Feeney & Collins, 2015). Assim, as relações sociais de apoio são facilmente compreendidas como desejáveis, oferecendo às pessoas o sentimento de serem amadas, respeitadas e de pertencerem a uma rede de ligação. Contudo, a existência de uma relação (e.g. casamento) não é suficiente para conferir benefícios. As pessoas podem não conseguir desenvolver ou perceber o apoio que desejam, acabando por se sentirem frustradas, tendo como resultado a solidão (Harandi et al., 2017).

A solidão é definida como a perceção de uma ausência de conexão social. No estudo de Szkody et al. (2021), verificou-se que a solidão ou a perceção de isolamento social aumentou a avaliação negativa das ameaças, ou seja, os indivíduos podem interpretar as ameaças como mais perigosas do que de outra forma, o que pode originar a *stress* global. É importante ter em conta esta ideia durante a pandemia da Covid-19, uma vez que os indivíduos encontram-se sobre distanciamento social e autoisolamento, podendo estes não ter acesso ou não perceberem a existência de apoio social, enquanto fisicamente afastados das suas redes

sociais (Eagle et al., 2019). Com o tempo, indivíduos que se sentem mais sozinhos ou com tensão social, tendem a apresentar um menor sentido na vida (Krause & Rainville, 2020).

Continuidade do Self

O significado na vida tem sido definido como uma percepção subjetiva de que a vida é coerente, tem objetivos e tem valor (Hepper et al., 2012). Roy (2011, citado por Krause & Rainville, 2020) identificou os benefícios que decorrem da existência de sistemas de apoio social fortes. Este estudo indicou que as redes sociais de apoio aumentam a autoestima, promovem estratégias de combate contra os efeitos do *stress* e aumentam o significado na vida. Encontrar o sentido na vida, requer uma introspeção profunda, que muitas vezes necessita de um outro de confiança para ajudar a pensar nas coisas. Estes laços proporcionam partilha de sentimentos e pensamentos mais íntimos e conselhos. Com o tempo, os indivíduos que recebem mais apoio emocional dos seus membros da rede social tendem a ter um maior sentido da vida. No entanto, é a nostalgia que tende a promover o significado na vida, aumentando a continuidade do *self* (Hepper et al., 2012).

Nostalgia é uma emoção social, definida como um sentimento de melancolia provocado pela lembrança de alegrias passadas (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2021). Os traços centrais da nostalgia incluem recordações carinhosas e pessoalmente significativas de relações de infância ou sociais, que acarretam sentimentos positivos e negativos (e.g. saudade, desejo de regressar ao passado) (Hepper et al., 2012; Sedikides et al., 2015). De facto, embora o eu seja o protagonista de narrativas nostálgicas, está quase sempre rodeado e influenciado por outros próximos (e.g. familiares, amigos, parceiros românticos). A maioria dos membros da comunidade, independentemente da idade sentem nostalgia por pelo menos uma vez por semana (Hepper et al., 2020). A nostalgia reflete, assim, em parte, a capacidade de retirar força e motivação das memórias com entes queridos, em vez de se focar na ausência ou perda dessas relações (Stephan et al., 2014). Como resultado, o indivíduo

perceciona a existência de uma ligação social, definida como um sentimento de pertença, aceitação, conexão, proteção e amor. Assim, a ligação social manifesta-se na capacidade da nostalgia de promover percepções de amizade e suporte social e de diminuir a ansiedade e solidão (Sedikides et al., 2016).

A nostalgia implica ocasiões importantes da própria vida. Essas ocasiões são tipicamente rituais culturais que explanam a trajetória de vida, ou seja, como o indivíduo chegou até aqui, e também servem como etapas marcantes para a passagem do tempo (Berntsen & Rubin, 2004). Tilburg et al. (2019), demonstrou assim, que a nostalgia advém da existência de uma ligação social, e que esta, conseqüentemente, promove o significado de vida, que, por conseguinte, tem um efeito causal na continuidade do *self*.

A continuidade do *self* é interpretada como uma sensação de que o passado está entrelaçado com o presente. Parfit (2021) define o *self* como um conjunto de identidades distintas que se sobrepõem umas às outras ao longo do tempo. Cada um destes eus sobrepostos pode ou não partilhar um forte grau de ligação psicológica com o seguinte. À medida que os anos avançam e as situações mudam, podemos descobrir que de repente somos completamente diferentes da pessoa que em tempos pensávamos ser. Geralmente, os indivíduos sentem-se mais ligadas ao seu eu de cinco anos do que ao seu eu potencial de quarenta anos. Conseqüentemente, é possível identificar-se menos com um eu futuro mais distante, ao ponto desse eu poder parecer uma pessoa completamente diferente. Embora as características de personalidade e os interesses gerais permaneçam, relativamente, consistentes ao longo da vida, muitos outros aspetos do nosso ser tendem a mudar (e.g. procedimentos estéticos, alteração de nome, etc). No entanto, o que realmente importa a longo prazo, é que uma pessoa só tenha uma identidade, uma ligação entre os seus eus do passado, presente e futuro. Os indivíduos que sentem como se o eu futuro fosse uma pessoa diferente não reconhecem esta ligação, ou seja, não se identificam consigo próprios no futuro.

Quanto mais continuidade uma pessoa partilhar com o seu eu futuro, ou seja, quanto mais esse eu futuro se sentir como uma extensão direta de quem é agora, mais motivado estará para agir de forma a beneficiar a si próprio. Por outro lado, quanto mais se sentir o eu futuro como um estranho, menos motivada estará para planear o futuro (Tilburg et al.,2019).

Segundo Ron (2007), embora os estudos sobre a perceção do processo de envelhecimento mostrem argumentos que defendem uma mudança positiva, a imagem negativa sobre este processo continua a ser frequente. A investigação na área da auto perceção do envelhecimento identifica o *self* como um constituinte de atitudes positivas e negativas individuais e sociais, que são internalizadas, tornando-se parte do *self*. Assim, a auto perceção reflete também as perceções dos outros, construindo expectativas sobre o processo de envelhecimento. Durante o ciclo de vida os indivíduos vão assimilando e acomodando estereótipos relacionados com a velhice que vão sendo reforçados, tornando-se auto estereótipos (Levy, 2008). Estudos demonstram que adultos de meia-idade com maior satisfação com o processo de envelhecimento mostram níveis mais elevados de capacidades de adaptação ao declínio e de continuidade do *self* (Feeney & Collins, 2015).

Hershfield (2013) propôs três domínios da continuidade do *self*: Semelhança, Vividez e Positividade. No primeiro, a continuidade com o eu futuro pode ser determinada pela medida em que se sente semelhante a ele. De facto, vários estudos que examinaram a empatia e o comportamento social, descobriram que é mais provável as pessoas ajudarem outras que percebem como semelhantes. No segundo domínio, Loewenstein (1996) referiu que uma perceção mais viva de si próprio envolvido em alguma ação no futuro poderia intensificar as emoções que estão ligadas ao pensamento sobre essa situação. Estas emoções intensificadas podem permitir ao indivíduo recolher mais informação sobre as consequências futuras de uma decisão presente. Ou seja, se o eu futuro for mais vívido (mais fácil de imaginar), a probabilidade de existir um sentimento de ligação é maior. Finalmente, no terceiro domínio, a

atitude que se tem em relação ao eu futuro, pode ser vista em termos positivos ou negativos, podendo ser um preditor da tomada de decisão a longo prazo. Teoricamente, é mais fácil sentir-se ligado a outra pessoa, quando essa é vista em termos positivos do que negativos (Hershfield, 2013), assim como, no domínio da saúde, Levy et al. (2002) descobriram que a presença de visões positivas do próprio processo de envelhecimento estava associada a uma maior longevidade.

No entanto, tem sido questionado como é que o suporte social aumenta a continuidade do *self*? Segundo a literatura, a conectividade social aumenta a auto-continuidade. Quando as pessoas se encontram nostálgicas, as figuras do passado tendem a ser recordadas ao presente, e as relações sobre as quais se nostalgia tornam-se parte de como se pensa sobre si próprio no presente, através de processos de autoavaliação (e.g. memórias de amor e confiança de um pai) e processos de inclusão (e.g. memória do espírito aventureiro de um amigo que continua a inspirar-nos) (Sedikides, Wildschut, & Baden, 2004). Os processos de avaliação e inclusão refletidos podem reduzir a distância entre o eu passado e o eu presente, facilitando assim uma representação da própria trajetória de vida como uma jornada social contínua e não como uma série de eventos isolados (Landau, et al., 2010). As narrativas nostálgicas referem-se sempre a acontecimentos significativos da vida. Tais acontecimentos refletem, frequentemente, costumes familiares, férias, feriados ou eventos culturais (e.g. natal em família, festa de graduação, aniversário, casamento, etc). Este processo de construção da continuidade do *self* através de narrativas ajuda as pessoas a darem sentido aos acontecimentos positivos e negativos da sua vida, a conectá-los a outras pessoas (e.g. pais), a perceber o eu como parte de um contexto cultural mais amplo e a compreender o eu atual no contexto do eu passado (Sedikides et al., 2016).

A continuidade do *self* pode variar de indivíduo para indivíduo. Para a maioria das pessoas, esta proporciona uma maior ligação ao seu eu passado e futuro, aumentando as

percepções da própria vida como mais coerente e intencional, isto é, como mais significativa (Tilburg et al., 2019). No entanto, Sedikides et al. (2015) determinaram que a nostalgia também era desencadeada por experiências de descontinuidade negativa (e.g. mudanças de vida stressantes). Desta forma, podemos entender que a nostalgia pode não ser igualmente benéfica para todos. Verplanken (2012) relatou que indivíduos que habitualmente refletem sobre si, experienciam um efeito positivo (bem-estar) imediatamente a seguir à indução da nostalgia, mas, pouco tempo depois, apresentam sintomatologia depressiva e de ansiedade. É possível que estes sintomas negativos se desenvolvam devido a uma menor auto-continuidade. Ou seja, uma reflexão nostálgica mais profunda ou prolongada pode diminuir a percepção de continuidade do *self*.

A descontinuidade do *self* é um estado aversivo e desconfortável, definido como uma sensação de desarticulação entre o passado, presente e futuro, que se relaciona, positivamente, com a ansiedade, ineficácia de lidar com transições da vida e mesmo com o suicídio (Sedikides et al., 2015). Os indivíduos tendem, assim, a perceberem a existência de um contraste entre o seu eu passado e presente. Tal contraste pode ser originado por várias eventualidades da vida (e.g. despedimento, doença, rutura de uma relação e morte de um ente querido). Davis (1979 citado por Sedikides et al., 2016) especulou que a nostalgia combate a descontinuidade através da concentração dos recursos psicológicos para a continuidade. Por exemplo, a nostalgia compensa a solidão através de percepções de apoio social (Zhou et al., 2008), contraria o tédio ao repor o significado na vida (Van Tilburg et al., 2018) e aumenta a auto-positividade (Vess et al., 2012).

Assim sendo, a nostalgia fomenta a continuidade do *self* através da ligação/suporte social subjetiva, ou seja, a ligação social medeia o efeito positivo da nostalgia na continuidade e esta melhora a saúde mental. Por outro lado, a descontinuidade do *self* está relacionada com a

psicopatologia, aumentando os níveis de neuroticismo, nomeadamente as perturbações de ansiedade e de depressão (Chandler et al., 2003; Sedikides et al., 2016).

Saúde Mental

A saúde mental segundo a OMS é aquela em que cada indivíduo se encontra num estado pleno de bem-estar, no qual conhece as suas capacidades e as utiliza de forma eficaz e produtiva, sendo úteis para as suas respetivas comunidades (Galderisi et al., 2015; OMS, 2006). A saúde e a doença mental não são afetados simplesmente por aspetos biológicos ou psicológicos, mas incluem também dimensões de natureza social. É assim, de extrema importância prestar atenção aos fatores sociais que as influenciam, sendo a perceção de apoio social um desses fatores (Harandi et al., 2017). John Cassel em 1985 salientou a importância dos processos sociais na etiologia das doenças mentais, referindo que o apoio social diminui a suscetibilidade dos indivíduos à doença ao longo da vida. Os contextos vivos dos indivíduos apresentam uma variedade de fatores patogénicos e de *stress* (e.g. sobrepopulação e rutura das ligações sociais), sendo o apoio social considerado um fator de proteção para as consequências. Estudos com experiências animais apoiam a ideia de Cassel, demonstrando que a presença de pares da mesma espécie diminui drasticamente a suscetibilidade a agentes patogénicos. Assim, Cassel afirmou que as relações sociais poderiam ser fatores protetores diminuindo as probabilidades de problemas de saúde (e.g. problemas cardíacos, esquizofrenia, alcoolismo, suicídio, etc) (Bornstein, 2018).

Para a saúde mental, o apoio social por si só não é importante, o que é importante é a crença da existência e satisfação com o mesmo. Indivíduos que se sentem mais sozinhos ou com a perceção de tensão social, tendem a apresentar um menor sentido na vida, estando este sentimento associado a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Harandi et al., 2017; Krause & Rainville, 2020). O isolamento é considerado um fator de risco e pode provocar ou agravar problemas de saúde mental. Os indivíduos privados de apoio social

significativo devido a isolamento geográfico ou solidão autoimposta são mais suscetíveis a patologias. Por sua vez, a rutura de relações sociais significativas pode originar condições de saúde importantes, um exemplo disso é o de que pessoas viúvas apresentam taxas de mortalidade 3 a 5 vezes superiores às das pessoas casados com a mesma idade. Os processos psicossociais podem ser stressantes, acabando por afetar o equilíbrio do sistema nervoso e endócrino dos indivíduos, aumentando ou diminuindo a suscetibilidade aos agentes patogénicos e ao desenvolvimento de doenças mentais, como a depressão (Bornstein, 2018).

A depressão é a causa mais comum de sofrimento entre os adultos e idosos, tendo como principal característica, um funcionamento social deficitário (Sachs-Ericsson et al., 2019). Em Portugal, observa-se uma tendência crescente da prevalência destas perturbações mentais, sendo o quarto país da Europa com taxa mais elevada (Chyczij et al., 2020; DGS, 2017). A depressão na população idosa tende a estar associada a fatores biopsicossociais, tais como o luto, reforma, afastamento das atividades da comunidade, solidão etc. Para além da questão da idade, as características mais comuns associadas a esta patologia são o sexo feminino, presença de doenças crónicas, situação financeira e habilitações literárias (Tassara et al., 2021).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014), a perturbação depressiva é caracterizada pelos seguintes sintomas: tristeza persistente (humor deprimido), anedonia, perda ou ganho de peso devido à alteração no apetite, alteração no padrão de sono, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, dificuldade de concentração e tomada de decisão, sentimento de culpa e inutilidade, desvalorização, pensamentos negativos e ideias suicidas, por pelo menos duas semanas de duração. A depressão está, assim, associada a fatores psicológicos, orgânicos e sociais. Os fatores psicológicos incluem choro persistente, negação, desespero e anedonia. Os fatores orgânicos incluem o uso de medicação, alterações hormonais ou presença de doenças

crônicas (e.g. doença de Parkinson, diabetes). Por fim, os fatores sociais compreendem situações traumáticas vivenciadas pela pessoa, síndrome do ninho vazio e isolamento social (Tassara et al., 2021).

Esta perturbação é manifestada por um estado psicológico doloroso em que o indivíduo insiste, involuntariamente, em fortes emoções negativas (Krause & Rainville, 2020), apresentando uma dificuldade em controlar as suas respostas emocionais, ou seja, a regular as suas emoções. Este défice é um fator importante para determinar em que medida os sintomas depressivos de um indivíduo têm consequências negativas para o seu funcionamento social. Assim, a literatura revela que, pessoas que estão mais deprimidas encontram mais dificuldades em controlar os seus pensamentos indesejados, acabando por apresentar uma forte tendência de ruminação dos mesmos (Sachs-Ericsson et al., 2019).

A ruminação é um ato de resposta à angústia ou *stress*, cujo indivíduo pensa passiva e persistentemente nos seus sintomas perturbadores e nas causas e consequências dos mesmos, sem que, ao mesmo tempo, inicie uma resposta de resolução que poderia alterar a origem dessa angústia (Nolen Hoeksema e Morrow, 1991 citado por McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). É desta forma, considerado um ato de insistir em pensamentos negativos e indesejados (Marini et al., 2019). Estudos mostram que a ruminação no contexto da angústia, como na situação atual face ao Covid-19, leva ao aumento do humor deprimido e ansioso, manifestando-se de diferentes formas, consoante a perturbação associada. Por exemplo, a ruminação na depressão ocorre constantemente como pensamentos repetitivos sobre sentimentos e consequências, já os indivíduos com ansiedade social tendem a ter pensamentos ruminativos sobre as suas recentes interações (Armstead et al., 2019; Krause & Rainville, 2020; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011).

A ansiedade é considerada um estado de humor relacionado com o futuro associado à possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo, no qual o medo é a resposta de

alarme ao perigo iminente ou presente, real ou percebido. É a antecipação de uma ameaça futura, sob a qual os indivíduos, em algum momento da sua vida, experienciaram, como por exemplo falar em público, entrevistas de emprego, vésperas de testes, exames de saúde, etc. A ansiedade pode ser uma resposta adaptativa a um sinal de perigo ou ameaça à integridade, caracterizada por um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas (Pinto et al., 2015).

No entanto, a ansiedade pode tornar-se patológica quando deixa de ser adaptativa, isto é, quando se caracteriza por uma sensação de medo extremo em resposta a um perigo vago, não concreto, na qual a duração ou a frequência são obviamente desproporcionais ao estímulo real, causando prejuízos nas relações pessoais e profissionais e, principalmente, sofrimento. A perturbação de ansiedade é caracterizada pelos seguintes sintomas, taquicardia, sudorese, vasoconstrição (extremidades frias, palidez), náusea, vômitos, desconforto abdominal, calafrios, tremores, sensação de sufocamento ou falta de ar, nervosismo, apreensão, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza ou despersonalização (American Psychiatric Association, 2014).

O estudo de Ettman et al. (2020), avaliou o peso dos sintomas da depressão e da ansiedade nos Estados Unidos da América durante a Covid-19 usando as mesmas medidas implementadas em inquéritos nacionais antes do início da mesma. Foram, assim, observados níveis mais elevados de sintomatologia depressiva em todos os grupos demográficos, com uma prevalência de 3 vezes maior de sintomas de depressão em geral. As mulheres apresentaram, antes e durante a Covid-19, mais sintomas de depressão do que os homens, visto serem mais vulneráveis ao *stress*. O envelhecimento aumenta o risco de infecção e mortalidade por Covid-19, como resultado, as ordens de restrição e as recomendações de isolamento tendem a ser mais rigorosas para esta população, desencadeando maiores níveis de *stress*, solidão, ansiedade e depressão. Possíveis razões estão relacionadas com o facto

deste grupo etário estar preocupado com a incerteza do curso da pandemia, medo de infecção, perturbação das rotinas e défices nas ligações sociais (Ahmed et al., 2020; Barros et al., 2020; Guzman et al., 2021; Huang & Zhao, 2020). Durante a pandemia, pessoas com níveis de educação superiores apresentavam mais ansiedade, depressão e *stress*. A maior prevalência de sintomas mentais entre as pessoas com níveis de educação mais elevados deve-se, provavelmente, à elevada auto consciencialização deste grupo em relação à sua própria saúde (Salari et al., 2020). Adicionalmente, os recursos sociais estavam associados a uma menor prevalência de sintomas de depressão, tanto antes como durante a Covid-19. Durante a mesma, os indivíduos casados tinham uma taxa mais baixa de sintomas de depressão do que os viúvos, divorciados ou separados (Ettman et al., 2020).

Deste modo, um fator apresentado pela literatura que tende a proporcionar alívio nos sintomas de depressão e ansiedade é a satisfação com o suporte social. A perceção de satisfação que um individuo tem sobre o seu apoio social, melhora a sua adaptação psicológica e a sua capacidade de lidar com o *stress* (Sette & Capitão, 2018).

A crença de existência de uma rede social positiva reduz a ansiedade, o *stress* e os sintomas depressivos, contribuindo para um sentimento de segurança. Pessoas com mais positividade nas suas relações sociais usufruem de competências de comunicação mais eficazes, o que as direciona para longe da depressão e de outros problemas mentais (Ghasemipoor & Jahanbakhsh, 2010, citado por Harandi et al., 2017). Especificamente, quanto mais apoio social ou recursos uma pessoa tem, ou percebe ter disponíveis, mais o indivíduo se sente em controlo da situação stressante ou no processamento emocional do evento negativo, apresentando menores sintomas de depressão ou ansiedade. Ou seja, o apoio social atua como um amortecedor entre o *stress* sobre a Covid-19 e os problemas de saúde mental (Szkody et al., 2021).

Segundo os resultados do estudo de Domènech et al. (2017), existe uma relação entre a solidão e a depressão na idade adulta. A solidão e a sintomatologia depressiva podem agir de forma sinérgica para diminuir o bem-estar dos adultos de meia-idade e mais velhos, tendo sido associadas à rede de apoio social. Foram destacados alguns fatores de proteção para a depressão, como a percepção de apoio emocional, instrumental e uma diversificada rede social. No entanto, foi verificado que ter uma pequena rede social só teve impacto na depressão naquelas pessoas que se sentiam sós, como por exemplo, aquelas que são mantidas em isolamento e quarentena, experienciando níveis mais significativos de ansiedade, raiva, e *stress* (Salari et al., 2020).

Mais especificamente, os estudos realizados por Kent de Grey et al. (2015), Lazarus e Folkman (1984) e Pan et al. (2019), que incidiram sobre a relação entre o suporte social e a depressão, obtiveram como principal resultado que a qualidade dos laços de apoio foi consistentemente ligada a níveis mais baixos de depressão. Concretamente pacientes que apresentavam uma elevada percentagem de sintomas depressivos, percecionavam o seu apoio social como inadequado (para satisfazer as suas necessidades ou a existência de uma menor ajuda tangível para eventos diários), demonstrando uma relação inversa de todos os quatro tipos de apoio social com os sintomas depressivos, o que resultou consequentemente em pior qualidade de vida. Dessa forma, segundo os autores, se os pacientes tivessem uma melhor qualidade de apoio social, poderiam apresentar menos sintomas depressivos e consequentemente motivar comportamentos que favorecessem a saúde, como o sono. Contudo, as verbalizações negativas, queixas e a inadequação social exibidas por indivíduos deprimidos e propensos à depressão perturbam as relações sociais, apresentando mais dificuldades na obtenção ou manutenção das mesmas, resultando assim numa espiral negativa. É teorizado que os indivíduos com sintomatologia depressiva induzem respostas

negativas e criam dificuldades interpessoais nas suas interações, que conduzem ao evitamento e rejeição das outras pessoas (Ren et al., 2018).

As perturbações psiquiátricas, como a depressão e ansiedade, alteram frequentemente o padrão de sono, aumentando o risco de desenvolvimento de comorbidades, como a insónia (American Psychiatric Association, 2014; Sariarslan et al., 2015). Foi teorizado que a presença de humor depressivo/ ansioso está associada à atividade circadiana anormal do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Atualmente, existem dados suficientes para sugerir que a perturbação dos mecanismos envolvidos na regulação do ciclo sono-vigília se sobrepõe aos da depressão. Assim como, aproximadamente 34% a 32% dos doentes com insónia inicial, dificuldades de manutenção do sono e despertar matinal precoce também apresentam sintomas de depressão e ansiedade respetivamente (Deng et al., 2020; Kaczurkin et al. 2021; Pandi et al., 2020).

Qualidade de Sono

Estudos relacionam o apoio social com o aumento de comportamentos promotores de saúde e com a diminuição de comportamentos comprometedores da mesma, tais como hábitos alimentares erróneos (e.g. *fast food*), sedentarismo, hábitos tabágicos, consumo de álcool, fraca adesão a tratamentos médicos e sono irregular (Harvey & Alexander, 2012).

Os comportamentos de saúde foram, assim, considerados como importantes mediadores entre as relações sociais e a saúde mental e física (Wu & Sheng, 2019). Kent de Grey et al. (2015) demonstrou que um dos comportamentos que pode ser responsável pela relação entre o suporte social e a saúde, é o sono restaurador, caracterizado por uma duração suficiente, boa qualidade e regularidade adequados (Krause & Rainville, 2020; João et al., 2018).

O sono é definido como um conjunto de modificações comportamentais e fisiológicas que ocorrem de forma ideal quando a pessoa se sente suficientemente segura para diminuir a

vigilância, estado no qual existe uma postura tipicamente relaxada. Em contrapartida, a vigília, caracteriza-se por uma elevada atividade física e psicológica (Medic et al., 2017).

O início e manutenção do ciclo sono-vigília são explicados por fatores circadianos e fatores homeostáticos que interagem constantemente para induzir e manter o sono. O ser humano tem maiores probabilidades de adormecer à noite, uma vez que é uma espécie diurna por natureza. Sendo uma espécie diurna, este permanece acordado durante o dia e acumula a pressão do sono, que atinge o máximo à noite (Gupta et al., 2020). A rotatividade entre sono e vigília ocorre, assim, de forma circadiana, sendo esse ciclo flexível de acordo com o sexo, idade e características individuais da pessoa (Neves et al., 2013). O confinamento em casa pode, naturalmente, perturbar os ritmos circadianos bem como o processo homeostático, devido às oportunidades de prolongar o sono de manhã e fazer sestas durante o dia (Gupta et al., 2020).

Os ritmos circadianos são ciclos sono-vigília com uma periodicidade recorrente de aproximadamente 24 horas, regulados pelo núcleo supraquiasmático, que recebe estímulos derivados da entrada direta de luz nas células nervosas da retina, que atuam como detetores de luminosidade, promovendo o despertar. A luz viaja da retina para o sistema nervoso central, que sinaliza a glândula pineal para controlar a secreção de melatonina que é produzida durante a noite. A regulação do ciclo sono-vigília pode ser prejudicada por alterações em qualquer um desses mecanismos (Neves et al., 2013; Watson et al., 2015).

Existem dois grandes estágios que compõem o sono do adulto, o sono REM (rapid eye movement) e o NREM (non-rapid eye movement). Durante uma típica noite é esperado que cada pessoa percorra todas as fases do sono NREM e REM várias vezes, com períodos REM cada vez mais longos e profundos ocorrendo em direção à manhã. O sono NREM é um sono mais leve, composto pelos estágios N1, N2 e N3 e o REM é um sono mais profundo e restaurador, composto pelo estágio N4. As fases do sono são caracterizadas por diferentes

mudanças fisiológicas, por exemplo, durante o sono NREM, a frequência cardíaca, o fluxo de sangue para o cérebro e a respiração são diminuídos em comparação com os períodos de vigília (Medic et al., 2017).

Para manter um estilo de vida saudável, é necessário e essencial dormir o suficiente que, por norma, nos adultos deve ser cerca de 7 horas ou mais por noite (Krause & Rainville, 2020). Dormir menos de 7 horas, regularmente, pode resultar em consequências para a saúde física como obesidade, doenças cardíacas, diabetes etc, (Watson et al., 2015) e para a saúde mental como a diminuição da capacidade de regular as emoções e as respostas comportamentais (Czeisler, 2015). No entanto, o fator de maior relevância é o de que um sono inadequado pode aumentar o risco de mortalidade (Krause & Rainville, 2020; Medic et al., 2017; Smegula et al., 2016; Watson et al., 2015). Adicionalmente, não existe concordância na literatura sobre o facto de um período de sono superior a 9 horas prejudicar ou não a saúde, embora nos jovens adultos não pareça existir qualquer tipo de problema (Watson et al., 2015).

Apesar da importância do sono, a *National Sleep Foundation* revelou que até 45 milhões de pessoas na Europa desenvolvem uma perturbação do sono que afeta o funcionamento diário e a saúde (Medic et al., 2017).

Existem uma série de fatores que podem influenciar e contribuir para os problemas do sono, como o estilo de vida (e.g. consumo excessivo de cafeína e de álcool, trabalhar por turnos), questões psicossociais (e.g. situações stressantes, como tensão social) e condições médicas (e.g. uso de medicação) (Czeisler, 2015; Medic et al., 2017).

As perturbações do sono podem ser classificadas de duas formas, dissonias, que são perturbações em que a alteração predominante afeta a qualidade, quantidade e duração do sono, como por exemplo a insónia, narcolepsia e/ou apneia do sono, e as parassónias, que incluem perturbações no comportamento que ocorrem durante o sonho ou na transição sono-

vigilância, como os pesadelos, terrores noturnos e/ou sonambulismo. Sendo assim, estes distúrbios podem manifestar-se tipicamente de uma das três seguintes maneiras, falha na obtenção da quantidade ou qualidade necessária (privação do sono), incapacidade de manter a continuidade (fragmentação do sono) e devido a eventos que ocorrem durante o sono (síndrome das pernas inquietas) (Colten et al., 2006 citado por Medic et al., 2017).

Em Portugal, mais de 28% da população com idade igual ou superior a 18 anos sofre de problemas de insónia (João et al., 2018). Fekete et al. (2014), Nomura et al. (2010) e Waqas et al. (2019) sugerem que existem vários fatores sociais associados à insónia, incluindo ser do sexo feminino, pelo facto de as mulheres serem mais suscetíveis a desenvolverem problemas de sono, tanto devido a efeitos colaterais de um distúrbio de sono do seu parceiro (Lallukka et al., 2012; Pinto et al., 2020; Troxel et al., 2010), como devido à sua representação de papéis (responsabilidades sociais) e à sua resposta emocional a acontecimentos stressantes; a idade, principalmente a idade avançada (idosos); e o estatuto socioeconómico (baixo rendimento ou baixo nível de instrução) (Fekete et al., 2014; Nomura et al., 2010; Waqas et al., 2019).

Os resultados sociodemográficos do estudo de Moreno et al. (2018), demonstraram que entre a população idosa, 44,9% apresentava dificuldades do sono, sendo essa característica mais frequente no sexo feminino (51,5%). Comprovou-se ainda, que a longevidade também pode estar associada às alterações do sono, existindo, por volta dos 50 anos, um declínio na qualidade do mesmo, como o aumento da dificuldade em manter o sono e em adormecer, bem como um período de vigília precoce. De acordo com a *National Sleep Foundation*, o sono mais longo tende a diminuir com a idade (Hirshkowitz et al., 2015). Esta relação tende a ser determinada biologicamente, através de exames polissonográficos que demonstram que o sono lento e a eficiência do sono diminuem com a idade. No entanto, estas alterações tendem a diminuir por volta dos 70 anos de idade. Uma das explicações é a de que, a reforma pode alterar a rotina diária dos indivíduos a ponto de melhorar a qualidade do sono (Pinto et al.,

2020). A reforma e o possível isolamento social tendem a ser características psicossociais que interferem com o sono (Moreno et al, 2018; Wang et al., 2017). Relativamente ao estatuto socioeconómico, o estudo de Lallukka et al (2012), indicou que os participantes com baixo nível de instrução tendiam a dormir menos do que os com educação superior, o que vai de encontro aos resultados de Nomura et al. (2010), em que o baixo rendimento dos agregados familiares e o baixo nível educacional foram significativamente associados a problemas de sono.

A literatura a nível psicossocial tende a considerar três aspetos das relações sociais que afetam o sono, o apoio social, a solidão/ isolamento social e a tensão social/ *stress*, que são conceitualmente definidos como perceções do apoio, falta, ou tensão da rede social do indivíduo (Chung, 2017; Fekete et al., 2014). Estudos comprovam que maiores níveis de apoio social de parceiros, familiares e amigos estão associados a um menor risco de queixas de sono, ou seja, estão associados a um sono melhor e mais prolongado (Fekete et al., 2014; Kent de Grey et al., 2018; Kent de Grey et al., 2015; Krause & Rainville, 2020; Mesas et al., 2019). Partimos assim do princípio de que, as pessoas que ficam mais isoladas devido à sua baixa perceção de disponibilidade de apoio social, correm um maior risco de desenvolver uma perturbação, como a insónia, devido ao seu acesso limitado a recursos como o apoio informacional e emocional (Nomura et al., 2010).

Sabe-se que o isolamento social (confinamento) derivado do surto Covid-19 influenciou o padrão de sono (Barros et al., 2020; Pandi et al., 2020). Foi observado no estudo de Gupta et al. (2020) uma mudança na hora de dormir para mais tarde, atraso no início do ciclo de sono, redução da duração do sono noturno e aumento da sesta diurna. A sesta diurna reduz a pressão do sono, atrasa a hora de dormir e prolonga a latência do mesmo. Para além disso, um número significativo de pessoas relatou um agravamento da qualidade do sono. Este estudo indicou que quase um quarto dos participantes relataram insónia clínica após o confinamento.

Contudo, quase 21% dos participantes já tinham má qualidade de sono, antes do isolamento. Os resultados do estudo de Barros et al. (2020) constataram que entre os que não tinham problemas de sono, mais de 40% passaram a ter e quase 50% dos que já tinham, tiveram um agravamento do problema. A insónia clínica tende a manifestar-se, maioritariamente, devido à solidão, incerteza, depressão e preocupações relacionadas com o vírus. No entanto, a maioria dos sujeitos incluídos no estudo eram casados e viviam com um cônjuge, o que poderá ter influenciado um menor resultado na perceção de *stress* e insónia.

Dado que a relação conjugal para a maioria dos adultos é o contexto social primário e que estes dormem com o seu cônjuge, o casamento pode ter implicações importantes para o sono (Troxel et al., 2007). Mesas et al. (2019), demonstraram que ter uma relação de apoio com os seus parceiros foi consistentemente associado a um menor risco de reclamações de sono. Vários estudos comprovaram que pessoas casadas tendem a dormir melhor e ligeiramente mais do que as que vivem sozinhas ou que estão divorciadas (Stafford et al., 2017) e que indivíduos solteiros apresentam um maior índice de fragmentação do sono (Troxel et al., 2010; Mesas et al., 2019). As mulheres mais velhas, no estudo de Lallukka et al. (2012), divorciadas ou separadas relataram mais sintomas relacionados com insónia. Tal como as participantes divorciadas e separadas, as viúvas apresentaram maiores probabilidades de relatar um sono curto. Na atualidade, o *stress* social, a complexidade das relações sociais e a modificação da família tradicional aumentam o risco do desenvolvimento de perturbações do sono, assim como a diminuição da duração total do mesmo, no grupo de pessoas não casadas. Pelo contrário, ser casado e viver em conjunto parecem ser fatores de proteção do sono (Wang et al., 2017).

No entanto, a ocupação de papéis conjugais, isto é, casados, divorciados ou solteiros revela pouco sobre os aspetos qualitativos da relação que podem influenciar o sono. As relações próximas podem implicar elementos positivos e negativos. Podem ser uma fonte de

apoio, mas também implicam tensão e conflito, tendo-se verificado que tanto o apoio positivo como o negativo estão associados à qualidade do sono, sendo que o apoio negativo está positivamente correlacionado com problemas de sono (Stafford et al., 2017).

Subsequentemente, as diferenças na qualidade das relações íntimas podem ter consequências significativas. A literatura sugere que é o resultado do conflito conjugal ou a resposta emocional que é mais prejudicial para o sono e não a ausência do parceiro em si (Troxel et al., 2010).

Apesar disso, pensa-se que as relações sociais estão ligadas à qualidade do sono devido à sua função evolutivamente adaptativa de proporcionar um contexto seguro em que os indivíduos adormecidos eram protegidos, por outros, de predadores e inimigos (Kent de Grey et al., 2015). Alguns mecanismos, psicológicos, comportamentais e fisiológicos, foram propostos para explicar porque é que a satisfação com o apoio social está relacionada a um sono melhor (Mesas et al., 2019; Troxel et al., 2007).

A nível psicológico, o casamento para a maioria dos adultos pode proteger contra o isolamento social. Sentimentos de segurança no relacionamento podem levar a uma diminuição da solidão ou emoções negativas, que por si, podem conduzir a uma melhor qualidade do sono (Costa et al., 2011; Troxel et al., 2010). Segundo a teoria da vinculação, as relações seguras são potenciadores de saúde, fomentando uma sensação de segurança e de pertença, proporcionando habilidades de sobrevivência e reduzindo as respostas fisiológicas e psicológicas ao *stress*. Em contraste, relacionamentos inseguros, particularmente aqueles determinados por um estilo de vinculação ansioso, podem ser vulneráveis ao *stress* devido à sua tendência para a vigilância nas relações e à relativa incapacidade de obter os benefícios do apoio social que atenuem o *stress* (Troxel et al., 2007). Desta forma, dormir com um parceiro confiável e seguro pode oferecer uma oportunidade de se desligar de situações stressantes do dia antes de adormecer (Mesas et al., 2019).

A nível comportamental, os parceiros proporcionam um controlo social sobre comportamentos saudáveis, atenuando a probabilidade de consumo de álcool ou de substâncias que são conhecidos por prejudicar o sono (Troxel et al., 2007).

A nível fisiológico, a interação entre o apoio social e o sono pode ser influenciada pelo eixo hipotalâmico adrenal-pituitário, o sistema nervoso autónomo e, principalmente, pela libertação de oxitocina. A oxitocina é uma neuro hormona produzida no núcleo paraventricular e libertada durante o processo de resposta ao *stress*, associada a stressores psicossociais, apoio social e ansiedade (Fekete et al., 2014), estando presente tanto em homens como em mulheres (Troxel et al., 2007). A elevação de níveis de oxitocina durante momentos de *stress* está associada ao aumento da procura de relação social e apoio, sugerindo a proximidade emocional e a intimidade física durante o dia e antes de dormir (Fekete et al., 2014).

Uma combinação de níveis elevados de oxitocina e apoio social parece ser eficaz para aumentar a calma e diminuir a ansiedade durante situações sociais conflituosas, no entanto, a oxitocina aumenta quando a filiação é necessária ou quando ocorre contacto social, mas não consegue reduzir a ansiedade quando as necessidades sociais não são satisfeitas (Taylor et al., 2010), ou seja, uma pessoa que apresente uma combinação de oxitocina elevada e apoio, experiencia menos pensamentos ruminativos e de desespero, fatores por sua vez associados a distúrbios do sono (Fekete et al., 2014).

Modelo Conceptual Suporte Social - Sono

Kent de Grey et al. (2015), Chung (2017) e Kang et al. (2018) demonstraram que o apoio social está relacionado à melhor qualidade do sono, enquanto a solidão, o isolamento e a tensão social estão associadas ao aumento dos problemas de sono. Neste contexto, a investigação atual relacionada com a saúde mental e Covid-19 aponta para uma elevada incidência de efeitos psicológicos negativos entre os profissionais de saúde, pacientes

infetados e entre a população geral, com perturbações de ansiedade e depressão (Ettman et al., 2020; Liu et al., 2020; Mazza et al., 2020; Szkody et al., 2021; Tassara et al., 2021).

Outros estudos têm demonstrado a consequência da Covid-19 sobre a qualidade do sono (Grey et al., 2020; Gupta et al., 2020; Pandi et al., 2020; Pinto et al., 2020; Stafford et al., 2017). Desta forma, eventos adversos ou ameaçadores e sentimentos de vulnerabilidade influenciam mais fortemente os resultados fisiológicos e psicossociais do que eventos positivos (Rook, 2015).

No entanto, uma demonstração de que o apoio social está associado a um resultado relacionado com a saúde (sono) não proporciona suficiente especificidade para desenvolver uma boa intervenção. São necessárias mais informações sobre a forma como o apoio social pode influenciar o sono (Krause & Rainville, 2020).

Vários estudos empíricos analisaram os mecanismos responsáveis pelas ligações entre as relações sociais e a qualidade do sono. Dos mecanismos potenciais, destacou-se a depressão e a ansiedade, pois a qualidade dos laços de apoio foi consistentemente relacionada com níveis mais baixos de depressão (Chung, 2017; Kent de Grey et al., 2015; Mesas et al., 2019; Pan et al., 2019; Sachs-Ericsson et al., 2019). No entanto, Sedikides et al. (2016), demonstraram a existência de uma variável mediadora entre o suporte social e a psicopatologia, a continuidade do *self*. Através da ligação social subjetiva, a nostalgia fomenta a continuidade do *self*, ou seja, a ligação social medeia o efeito positivo da nostalgia na continuidade e esta melhora o bem-estar, tanto psicológico como físico (Ryan & Deci, 2001). Enquanto a existência de descontinuidade do *self* está relacionada com a psicopatologia, aumentando os níveis de neuroticismo, nomeadamente as perturbações de ansiedade e de depressão (Chandler et al., 2003; Sedikides et al., 2016). A presença de sintomas de depressão, ansiedade e *stress* tendem a preceder a alterações no sono (Armstead et al., 2019; João et al., 2018; Medic et al., 2017; Ravyts et al., 2019; Sariarslan et al., 2015). Contudo, Brotkin

(2015) demonstrou que na prevenção de comportamentos de saúde relevantes para a mortalidade e morbidade (sono), o domínio da continuidade do *self* e a vivacidade futura, foram significativamente associados à qualidade do sono. Isto quer dizer que, os indivíduos que tinham uma maior auto-vivacidade e similaridade também relataram ter uma melhor qualidade de sono. Assim sendo, os indivíduos com maiores índices de continuidade do *self* relataram uma melhor qualidade do sono.

Como pudemos analisar pelos critérios do DSM- 5 e pela literatura, as perturbações psiquiátricas, como a depressão, alteram frequentemente o padrão de sono, aumentando o risco de desenvolver perturbações, como insónia ou hipersónia (Sariarslan et al., 2015). Neurocientistas, através das imagens eletroencefalográficas, comprovaram que doentes com depressão apresentaram uma deficiência na continuidade do sono (aumento do despertar), desinibição do sono REM (latência REM reduzida) e alterações no sono NREM (diminuição da fase N2) (Steiger & Pawlowski, 2019).

Contudo, não são apenas as emoções que influenciam o sono, mas o sono também influencia o estado de humor, ou seja, é comum associar uma boa noite de sono a emoções positivas e bem-estar durante o dia, da mesma forma que uma má noite de sono está relacionada com maior irritabilidade e emoções negativas (Baglioni et al., 2010). Embora não exista um consenso na literatura sobre a ordem causal entre o sono e os sintomas depressivos, estudos recentes têm demonstrado resultados que comprovam que a alteração de humor (sintomas depressivos) tende a preceder a alterações consecutivas nas dificuldades em dormir ao longo do tempo (Krause & Rainville, 2020; Ravyts et al., 2019).

Desta forma, as perturbações que ocorrem durante o sono estão correlacionadas positivamente com os sintomas depressivos e negativamente com qualidade de vida (Pan et al., 2019), ideia igualmente comprovada nos resultados do estudo de Sariarslan et al. (2015), de que indivíduos com uma boa qualidade de sono apresentavam pontuações

significativamente mais elevadas em todos os campos da qualidade de vida. Assim, pode concluir-se que a depressão e o *stress* são indicadores de saúde mental altamente prejudiciais da qualidade de vida (João et al., 2018).

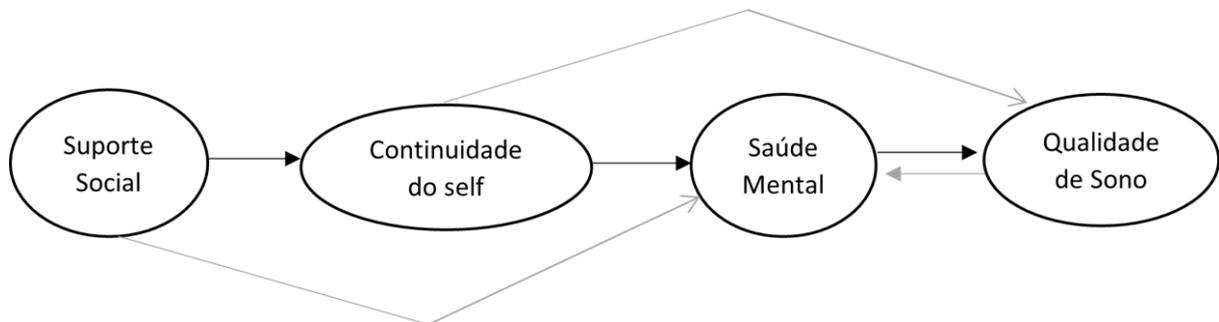
No seu conjunto, a investigação reflete que o sono, a ruminação, a ansiedade e a depressão estão interrelacionados, contribuindo uns para os outros (Armstead et al., 2019; João et al., 2018), e demonstrando que a presença de sintomas depressivos, de ansiedade e de *stress* tendem a preceder a alterações no sono (Medic et al., 2017; Ravyts et al., 2019). Por conseguinte, acredita-se que, a depressão e a ansiedade podem mediar as ligações entre a satisfação com o apoio social e o sono (Kent de Grey et al., 2015; Krause & Rainville, 2020). Uma possível razão, discutida na literatura, deve-se ao facto de o *stress* nas relações sociais próximas poder suscitar pensamentos ruminativos na hora de dormir, alimentando uma possível instabilidade emocional e, aumentando os níveis de vigilância em relação ao ambiente, conseqüentemente reduzindo a qualidade do sono (Armstead et al., 2019; Fekete et al., 2014; Marini et al., 2019; Slavish et al., 2018; Troxel et al., 2007). Aspectos negativos das relações sociais, como preocupações, problemas relacionados com uma pessoa próxima e conflitos interpessoais, podem levar à ruminação e à excitação fisiológica, que estão ligadas ao sono deficiente (Armstead et al., 2019; João et al., 2018; Stafford et al., 2017). Contudo, esta relação pode ser cíclica, uma vez que os investigadores observaram que indivíduos com dificuldades de sono, tanto na privação total como na redução da qualidade do sono, desenvolveram um perfil comportamental de afastamento social e solidão. Dessa forma, pessoas privadas de sono tendem a sentir-se mais sós e menos inclinadas a envolver-se com os outros, evitando o contacto próximo (Anwar, 2021; Simon & Walker, 2018). O sono perturbado tende a ser um sintoma utilizado para diagnosticar perturbações depressivas, pelo que existe uma sobreposição, uma ligação bidirecional (Stafford et al, 2017).

Em contraste, ter relações sociais positivas, pode reduzir a ansiedade e os sintomas depressivos, melhorando a autoeficácia e o humor (Xiao et al., 2020), promovendo um sono mais saudável (Troxel, 2010). Vários estudos recentes avaliaram o papel do apoio social percebido durante a pandemia de Covid-19. A elevada percepção de apoio social foi relatada como estando associada a níveis mais baixos de depressão e *stress* pós-traumático (Ettman et al., 2020; Liu et al., 2020; Mazza et al., 2020; Szkody et al., 2021). Os profissionais de saúde que reportaram níveis mais elevados de apoio social referiram um aumento da qualidade do sono e uma redução da ansiedade e do *stress* (Xiao et al., 2020). Assim, níveis mais elevados de apoio social percebido podem mitigar os efeitos do isolamento social e as medidas de distanciamento social (Zhang & Ma, 2020). Estes resultados contrastam com os de um estudo recente, que indica que o risco de desenvolver uma depressão é de 63% para aqueles com uma baixa percepção de apoio social. Um padrão semelhante foi observado em relação à qualidade do sono, tendo aqueles que relataram níveis mais elevados de apoio social tido um risco inferior de 52% de má qualidade de sono em comparação com aqueles com baixo apoio social (Grey et al., 2020).

Desta forma, poderemos imaginar para o presente estudo, um modelo conceptual baseado no de Krause & Rainville (2020). Como referido, as pessoas que recebem mais suporte social, tenderão a ficar mais satisfeitas com o apoio que recebem da sua rede social. As que estão mais satisfeitas com o apoio social que recebem têm mais probabilidades de perceberem uma maior ligação ao seu eu passado e futuro. Indivíduos com um senso mais profundo de continuidade, experimentarão menos sintomas de depressão e ansiedade. Consequentemente, os que apresentam menos sintomas depressivos e ansiosos, tenderão a experienciar uma melhor qualidade de sono.

Figura 1

Modelo Conceptual Suporte Social-Sono



Nota: Modelo Conceptual Suporte Social-Sono adaptado de Krause & Rainville (2020)

Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo compreender e caracterizar o impacto da satisfação com o suporte social na continuidade do *self*, na saúde mental e na qualidade de sono antes e durante a pandemia da Covid-19, no processo de envelhecimento ativo.

Por consequência, os objetivos específicos foram:

1. Compreender e caracterizar a relação entre as dimensões sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional) e a qualidade de sono antes e durante a pandemia.
2. Compreender e caracterizar a relação entre o suporte social, continuidade do *self*, saúde mental e qualidade de sono durante a pandemia.
3. Compreender e caracterizar a relação entre o suporte social e a qualidade de sono antes e durante a pandemia.
4. Compreender e caracterizar os efeitos do suporte social, na continuidade do *self*, na saúde mental e na qualidade de sono, durante a pandemia.

Método

Tratou-se de uma abordagem metodológica quantitativa transversal. Foram realizados dois estudos, um primeiro com dados recolhidos entre os meses de dezembro de 2020 a março de 2021, correspondentes a atual pandemia Covid-19. O segundo estudo tratou-se de uma comparação entre os dados recolhidos para o estudo um e uma amostra recolhida de um estudo anterior pré pandémico (Gaspar, Raimundo, Cabrita & Domingos, *in press*).

Estudo 1

Participantes

A amostra foi constituída por 333 participantes com idades compreendidas entre os 40 e os 89 anos, apresentando uma média de idades de 56.20 anos. Relativamente ao sexo, 63.7% ($n=212$) dos participantes era do sexo feminino e 36.3% ($n=121$) do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 60.4% ($n= 201$) dos participantes encontravam-se casados, 13.2% ($n= 44$) em união de facto, 12.9% ($n= 43$) divorciados, 7.2% ($n= 24$) solteiros e 5.1% ($n=17$) viúvos, sendo que 69.1% ($n= 230$) dos participantes estavam envolvidos numa relação amorosa. Relativamente ao nível de escolaridade, 46.8% da amostra possuía o ensino secundário, 34.8% uma licenciatura e 9.9% completou o ensino básico. A maioria da amostra encontrava-se com atividade profissional ativa (66.4 %), 36.6% ($n= 122$) na área de especialistas de profissões intelectuais e científicas e 20.1% ($n= 67$) na área pessoal dos serviços e vendedores. Ao nível das atividades praticadas, podemos observar que 61.6% ($n= 205$) dos participantes desempenhavam algum tipo de atividade, sendo a mais escolhida o exercício físico com 13.4% ($n= 44$), no entanto a maioria da amostra (80.5%) não prestava cuidados a terceiros (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra

	n	%	M	DP	Min.	Max.
Sexo						
Feminino	212	63.7				
Masculino	121	36.3				
Idade						
até 65 anos inclusive	263	79.0	56.20	10.13	40	89
66 até 80 anos inclusive	66	19.8				
81 anos ou mais	4	1.2				
Estado civil						
Solteiro(a)	24	7.2				
União de Facto	44	13.2				
Casado(a)	201	60.4				
Separado(a)	4	1.2				
Divorciado(a)	43	12.9				
Viúvo(a)	17	5.1				
Relação Amorosa						
Sim	230	69.1				
Não	103	30.9				
Nível de escolaridade						
Sem ensino básico	3	.9				
Ensino básico	33	9.9				
Ensino secundário	156	46.8				
Licenciatura	116	34.8				
Mestrado	18	5.4				
Doutoramento	7	2.1				
Situação profissional						
Atividade profissional ativa	221	66.4				
Reformado(a)	95	28.5				
Reformado(a) com atividade profissional ativa	17	5.1				
Profissão						
Quadros superiores e dirigentes	14	4.2				
Especialistas de profissões intelectuais e científicas	122	36.6				
Técnicos e profissionais de nível intermédio	57	17.1				
Pessoal administrativo e similares	45	13.5				
Pessoal dos serviços e vendedores	67	20.1				
Agricultores e trabalhadores da agricultura e pescas	2	.6				
Operários, artífices e similares	12	3.6				
Operários de instalações e máquinas	3	.9				
Trabalhadores não qualificados	11	3.3				

Tabela 2

Características sociodemográficas da amostra

	n	%	M	DP	Min.	Max.
Pratica alguma atividade nos seus tempos livres?						
Sim	205	61.6				
Não	128	38.4				
Se sim, qual?						
Exercício físico	44	13.2				
Exercício físico e leitura	32	9.6				
Exercício físico, leitura e cursos	13	3.9				
Atualmente, presta cuidados a alguém?						
Sim	65	19.5				
Não	268	80.5				
Se sim, qual?						
Filho(a)	32	9.6				
Marido	3	.9				
Mulher	3	.9				
Neto(s)	15	4.5				
Vizinho(a)	12	3.6				

Instrumentos

O instrumento foi constituído por duas partes. Uma primeira parte consistiu na realização do preenchimento de um questionário sociodemográfico para recolha de informação sobre os participantes, nomeadamente dados sociodemográficos, pessoais e familiares. Numa segunda parte, foi recolhida informação sobre as variáveis que permitem avaliar a satisfação com o suporte social, a saúde mental, a qualidade de sono e a continuidade do *self*, através de instrumentos de avaliação psicológica.

Questionário Sociodemográfico. O questionário sociodemográfico permitiu a recolha de informações sobre os participantes, nomeadamente os seus dados sociodemográficos, pessoais e familiares. As informações recolhidas foram consideradas determinantes para o estudo, sendo composto por idade, sexo, estado civil, relação amorosa, cuidados, *hobbie*, nível de escolaridade, profissão e situação profissional.

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS - forma abreviada (WHOQOLBref) (The HOQOL Group, 1995). A satisfação com o suporte social foi avaliada através do WHOQOL-Bref (WHOQOL, 1994), que tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida (QV) constituído por 26 questões, numa escala de *likert* de intensidade (nada -muitíssimo), capacidade (nada completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito má - muito boa), representada pelos valores numéricos de 1 a 5. Foi utilizada a versão portuguesa do WHOQOL-Bref traduzida e adaptada por Canavarro, et al. (2007) e Vaz Serra, et al. (2006).

O instrumento é constituído por dois itens relativos à perceção geral da qualidade de vida e à perceção geral de saúde, e os restantes associados às 24 facetas específicas do WHOQOL-100: Domínio Físico (facetas 3. Dor e desconforto, 4. Energia e fadiga, 10. Sono e repouso, 15. Mobilidade, 16. Atividades da vida cotidiana, 17. Dependência de medicação ou de tratamentos e 18. Capacidade de trabalho); Domínio Psicológico (5. Sentimentos positivos, 6. Pensar, aprender, memória e concentração, 7. Auto-estima, 11. Imagem corporal e aparência, 19. Sentimentos negativos e 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais); Domínio Relações Sociais (20. Relações pessoais, 21. Suporte (Apoio) social e 22. Atividade sexual). Para calcular este domínio é preciso somar os valores escolhidos das facetas e dividir por três; E Domínio Ambiente (8. Segurança física, 9. Ambiente no lar, 12. Recursos financeiros, 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 23. Oportunidades de recreação/lazer, 24. Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima e 25. Transporte).

Nesta investigação, apenas foi analisado uma faceta específica do WHOQOL-Bref, o Domínio Relações Sociais, que está relacionado com a QV no suporte social, com o objetivo de avaliar a satisfação com o apoio social, visto ser esse o foco do estudo.

Os resultados totais de cada domínio estão dispostos num sentido positivo, onde

pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. No entanto, segundo Almeida et al. (2019), a análise da qualidade de vida pelo WHOQOL-Bref baseia-se na seguinte classificação do resultado total, necessita melhorar (quando a pontuação for de 1 a 2,9), regular (3 até 3,9), boa (4 até 4,9) e muito boa (5). O valor de α de *Cronbach* varia entre .64 (Domínio Relações Sociais) e .87. (Domínio Físico) (Ferentz, 2017; Serra et al., 2006). Neste estudo o valor de α de *Cronbach* foi de .82 para o Domínio Relações Sociais.

Questionário de Saúde Geral (GHQ28) (Goldberg, 1972). A saúde mental dos participantes foi medida através do Questionário de Saúde Geral (GHQ28) validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Antunes (2003). O GHQ28 é um questionário de autopreenchimento criado por Goldberg e Hillier em 1979, a partir da versão inicial do General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972). Este tem como objetivo principal avaliar a saúde mental/ bem-estar psicológico (Pais Ribeiro & Antunes, 2003). É composto por 28 itens aos quais o indivíduo responde através de uma escala do tipo *Likert*, de 0 a 3 valores. Cada subescala inclui sete itens, Sintomas Somáticos (itens 1 a 7), Ansiedade e Insónia (itens 8 a 14), Disfunção Social (itens 15 a 21) e Depressão Grave (itens 22 a 28). As respostas são somadas para fornecer a pontuação. A nota de cada subescala varia entre 0 e 21 e a nota total do questionário varia entre 0 e 84. Valores mais elevados neste questionário correspondem a um pior nível de saúde mental. A cotação acima da qual pode vir a ser atribuído ao sujeito um diagnóstico psiquiátrico é de ≥ 67 pontos. O valor de α de *Cronbach* verifica-se entre os valores .94 (GHQ-28 total) e .83 (Disfunção Social) (Pais Ribeiro & Antunes, 2003). Sendo que neste estudo o valor de α de *Cronbach* para o GHQ-28 total foi de .93.

Índice de Qualidade do Sono Pittsburgh (IQSP) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989). Para avaliar a qualidade de sono foi utilizado o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), que é um questionário breve de autopreenchimento, que avalia a

qualidade e as perturbações do sono durante o último mês. Foi utilizada a versão portuguesa do IQSP traduzida e adaptada por João, Becker, Jesus e Martins (2017).

A escala compreende 19 itens compostos por 7 dimensões, avaliadas por uma escala *likert* de quatro pontos, que oscila entre 0 (não existe dificuldade) a 3 pontos (existe uma severa dificuldade): Qualidade Subjetiva do Sono. Para calcular esta componente, é necessário apenas o item 9; Latência do Sono. Para calcular esta componente, é necessário somar os itens 2 e 5. A pergunta 2 refere-se ao tempo em que o participante demora a adormecer que nos indicará uma pontuação de <0 = a 15 minutos (pontuação 0), 16 – 30 minutos (pontuação 1), 31-60 minutos (pontuação 2) e >60 minutos (pontuação 3); A Latência do sono resulta do somatório da questão 2 e 5 que irá corresponder a uma nova pontuação, total 0 corresponde a 0 pontos, 1-2, 1 ponto, 3-4, 2 pontos e 5-6, 3 pontos; Duração Total do Sono. Para calcular esta componente, é necessário apenas o item 4 que é pontuado da seguinte forma, >7 horas (pontuação 0), 6 -7 horas (pontuação 1), 5 – 6 horas (pontuação 2) e <5 horas (pontuação 3); Eficiência Habitual do Sono. Para calcular esta componente, são necessários três parâmetros, a quantidade efetiva de horas dormidas descritas no item 4, as horas de levantar obtidas com o item 3 e as horas que normalmente se vai para a cama que se obtém com o item 1. Sendo assim, é necessário dividir o número de horas permanecidas na cama (subtração do item 3 ao item 1), pelo número de horas dormidas (item 4) e multiplicar por 100; De acordo com a percentagem obtida corresponderá a seguinte pontuação, > 85% (pontuação 0), 75-84% (pontuação 1), 65-74% (pontuação 2) e < 65% (pontuação 3); Perturbações do Sono. Para calcular esta componente, é necessário somar os itens 5 b) até ao item 5 j), podendo variar entre 0 e 27 pontos que será classificado em, 0 (pontuação 0), 1-9 (pontuação 1), 10-18 (pontuação 2) e 19-27 (pontuação 3); Uso de Medicação Para Dormir. Para calcular esta componente, é necessário apenas o item 6; E por fim, Disfunção Diurna. Para calcular esta componente, é necessário somar os itens 7 e 8. Do somatório destes dois parâmetros que

oscila entre zero (0) e seis (6) resultará a seguinte classificação, 0 (pontuação 0), 1-2 (pontuação 1), 3-4 (pontuação 2) e 5-6 (pontuação 3). Para se obter a pontuação IQSP global deve-se somar as 7 dimensões, variando entre zero (não existe dificuldade) e 3 (dificuldade severa em todas as áreas) pontos, sendo que pontuações mais altas são indicadoras de uma pior qualidade de sono, ou seja, quanto maior for o resultado, pior é a qualidade do sono.

Este questionário apresenta um ponto de corte aos cinco pontos, considerando que para a existência de uma má qualidade de sono, devem existir pontuações superiores ou igual a cinco pontos e para a existência de uma perturbação de sono, uma pontuação superior a 10 pontos. Este instrumento tem demonstrado um bom índice de confiabilidade, com um coeficiente de α de *Cronbach* de .83 (alto grau de consistência interna). Sendo que neste estudo o valor de α de *Cronbach* para o IQSP global foi de .72.

Continuidade do *Self*. Para avaliar a continuidade do *Self*, aplicou-se a escala de Persistência Pessoal, em processo de validação para a população portuguesa por Cabrita e Rosado (2017). A escala compreende 13 itens compostos por duas dimensões, avaliadas por uma escala *likert* de cinco pontos, onde 0 corresponde a discordo totalmente, 1 a discordo, 2 a não concordo nem discordo, 3 a concordo e 4 a concordo totalmente: Continuidade do *Self*, medida do indivíduo permanecer o mesmo face às mudanças constantes verificadas no decorrer do tempo, composta pelos os itens 2,5,7,8,9,10 e 12; Descontinuidade do *Self*, medida de disrupção entre o eu do presente e o eu do futuro, composta pelos itens 1,3,4,6,11 e 13. A soma da pontuação dos itens para cada dimensão, corresponde ao valor total de cada subescala. A amplitude dos resultados pode variar entre 0 e 28 pontos para a subescala Continuidade do *Self* e 0 a 24 pontos para a Descontinuidade do *Self*. Pontuações mais elevadas numa determinada dimensão correspondem à lógica de identidade do

indivíduo. Neste estudo o valor de α de *Cronbach* varia de .85 para Continuidade do *Self* e .75 para a Descontinuidade do *Self*.

Procedimentos

A presente investigação analisou duas amostras transversais recolhidas em momentos distintos, pré pandemia e durante a pandemia Covid-19.

A amostra principal foi recolhida durante os meses de dezembro de 2020 a março de 2021, exclusivamente *online* através da plataforma GoogleForms. O procedimento de recolha de dados consistiu na divulgação do questionário *online* nas redes sociais, Facebook e LinkedIn e através do contacto via email com diversas instituições da Grande Lisboa, tais como câmaras municipais, universidades seniores e associações sem fins lucrativos. Para a classificação da variável profissão recorreu-se à Classificação Internacional Tipo das Profissões (CITP), para agrupar as respostas dos sujeitos tendo em conta a sua disparidade (ESCO, 2020).

Estudo 2

Participantes

Relativamente à amostra pré-existente, esta foi constituída por 138 participantes com idades compreendidas entre os 55 e os 95 anos, apresentando uma média de idades de 74.21 anos. Relativamente ao género, 71.0% ($n= 98$) dos participantes era do sexo feminino e 29% ($n= 40$) do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 42% ($n= 58$) dos participantes encontravam-se casados, 37% ($n= 51$) viúvos, 11.6% ($n= 16$) divorciados e 8% ($n= 11$) solteiros. Relativamente ao nível de escolaridade, 71% da amostra completou o ensino básico, 11.6% possuía uma licenciatura e 10.9% não completou o ensino básico. A maioria da amostra encontrava-se reformada (89.1%).

Instrumentos

Foram utilizados os instrumentos: Avaliação da Qualidade de Vida da OMS- forma abreviada (WHOQOLBref) e Índice de Qualidade do Sono Pittsburgh (IQSP) (apresentados no estudo 1, do qual apenas serão utilizadas as variáveis, domínio relações sociais e todas as componentes da qualidade de sono) do estudo Qualidade de Vida no Processo de Envelhecimento: Estudo das Funções neuropsicológicas, Estilo de Vida e Hábitos de Sono (Gaspar, Raimundo, Cabrita & Domingos, *in press*).

Procedimentos

A amostra já pré-existente, que serviu de análise, foi recolhida no ano de 2019, presencialmente, em diversos locais, como centros de dia, residências seniores, lares, centros comunitários, universidades seniores, entre outros. Esta amostra insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar (Gaspar, Raimundo, Cabrita & Domingos, *in press*).

Em ambos os estudos, a participação foi de carácter voluntário sendo apresentado o objetivo do estudo, o consentimento informado, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes e das respostas. Após a recolha de dados, estes foram inseridos no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), seguido da realização de análises estatísticas, nomeadamente análises descritivas dos dados, comparativamente às variáveis em estudo, valores mínimos e máximos, médias, desvios padrão, assimetrias e curtoses e estatísticas de confiabilidade (*alpha* de *Cronbach*). De acordo com os objetivos, foram realizadas análises inferenciais, da variância (Anova), *Tukey Test*, Coeficiente de Correlação de *Pearson* e Modelos de Regressão Linear.

Resultados

Neste capítulo segue-se a apresentação dos resultados estatísticos, segundo os objetivos determinados.

Os resultados encontram-se divididos em duas partes, estudo 1 e estudo 2. O estudo 1 refere-se à amostra recolhida durante a pandemia da Covid-19. O estudo 2 expõe a comparação entre as duas amostras transversais, recolhidas em momentos distintos, pré-Covid-19 e durante Covid-19, não se tratando dos mesmos sujeitos.

A apresentação dos resultados inicia-se através da descrição dos dados do estudo 1, seguida das diferenças entre variáveis psicológicas e sociodemográficas, das associações entre as variáveis psicológicas e a relação entre as variáveis preditoras. Seguido pela apresentação dos resultados do estudo 2, nomeadamente as diferenças entre variáveis psicológicas e sociodemográficas antes e durante a pandemia da Covid-19.

Estudo 1

Resultados Descritivos do Estudo

Tabela 3

Estatística descritiva referente às variáveis em estudo

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria	Curtose
Domínio Relações Sociais	1	5	3.52	.94	-.93	.34
Depressão Grave	0	15	1.80	3.22	2.38	5.26
Disfunção Social	0	18	8.15	3.96	.29	.09
Ansiedade Insónia	0	21	5.38	4.29	1.10	1.01
Sintomas Somáticos	0	20	4.71	3.65	1.20	.90
GHQ28 Total	2.33	59.67	23.57	11.11	1.02	.91
Qualidade Subjetiva de Sono	0	3	1.13	.71	.38	.23
Latência do Sono	0	3	1.16	.97	.39	-.84
Duração do Sono	0	3	.61	.91	1.41	.94
Eficiência Habitual do Sono	0	3	2.13	1.19	-.87	-.95
Perturbações do Sono	0	3	1.29	.61	.63	.59
Uso de Medicação	0	3	.65	1.16	1.37	.07
Disfunção Diurna	0	3	.62	.72	.91	.22
IQSP Global	1	2	1.80	.39	-1.52	.31
Continuidade do <i>Self</i>	0	28	12.87	5.97	-.19	-.49
Descontinuidade do <i>Self</i>	0	22	9.26	4.59	.22	-.23

A amostra demonstra um nível regular de suporte social, cuja dimensão relações sociais apresenta uma média de 3.52, sendo 5 a pontuação máxima da subescala.

Na caracterização das variáveis de saúde mental, esta apresenta valores máximos de 15 para a depressão grave, 18 na disfunção social, 20 para os sintomas somáticos e 21 para a

variável ansiedade e insónia (cujo o valor máximo possível em cada subescala é de 21), sendo que a variável com maior impacto negativo no estado emocional na amostra submetida é a disfunção social, onde se observa um valor médio de 8.15/21, seguida pela ansiedade e insónia com 5.38/21. No entanto, a amostra em estudo nesta investigação não apresenta valores fora da normalidade na variável GHQ28 total, pelo que apresenta um máximo de $59.67 < 67$ pontos, valor proposto pelo respetivo autor para diagnóstico psiquiátrico.

Quanto à qualidade de sono de Pittsburgh, a amostra apresenta valores elevados nas componentes eficiência habitual do sono e perturbações do sono, com o valor médio de 2.13/3 e 1.29/3 respetivamente, que significa que níveis mais elevados nos resultados correspondem a pior eficiência e perturbação do sono. Com menor expressão, verificam-se as componentes duração do sono ($M = .61/3$) e disfunção diurna ($M = .62/3$). Relativamente à componente IQSP global apresentou uma média de 1.80, sendo 2 a pontuação máxima da subescala, que corresponde a pobre qualidade de sono.

Relativamente à persistência pessoal, a continuidade do *self* apresentou um valor médio (12.87) superior ao verificado na descontinuidade do *self* (9.26), o que corresponde à lógica da identidade da amostra.

Para análise da curtose foram considerados valores inferiores a 7 de acordo com Kline (1998) para a normalidade dos dados.

Resultados das Diferenças entre Variáveis Psicológicas e Variáveis Sociodemográficas em Estudo

Tabela 4

Diferenças entre sexo e qualidade de sono

	Feminino		Masculino		F	Sig
	M	DP	M	DP		
Qualidade Subjetiva Sono	1.18	.73	1.03	.64	3.55	.061
Latência de Sono	1.32	.96	.89	.93	15.37	.000***
Duração do Sono	.64	.94	.55	.87	.72	.398
Eficiência Habitual do Sono	2.10	1.19	2.17	1.22	.20	.653
Perturbação do Sono	1.36	.63	1.18	.56	6.59	.011**
Medicação Hipnótica	.87	1.23	.28	.82	20.98	.000***
Disfunção Diurna	.68	.73	.51	.68	4.22	.041*
Índice Global	1.82	.38	1.77	.42	1.32	.252

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Segundo a tabela da Anova verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o sexo na latência do sono [$F(1.334) = 15.374, p = .000$], na perturbação do sono [$F(1.334) = 6.591, p = .011$], no uso de medicação [$F(1.334) = 20.976, p = .000$] e na disfunção diurna [$F(1.334) = 4.215, p = .041$]. Os indivíduos do sexo feminino apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à latência do sono, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna em comparação com os sujeitos do sexo masculino.

Tabela 5

Diferenças entre as idades dos participantes e a qualidade de sono

	até 65 anos		66 - 80		81 anos ou mais		F	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP		
Qualidade Subjetiva Sono	1.16	.73	1.04	.59	.50	.58	2.32	.100
Latência de Sono	1.19	.98	1.12	.90	.25	.50	1.93	.147
Duração do Sono	.64	.93	.50	.83	.25	.50	.96	.383
Eficiência Habitual do Sono	2.06	1.22	2.36	1.09	2.75	.50	2.29	.103
Perturbação do Sono	1.29	.62	1.35	.57	1.00	.00	.76	.470
Medicação Hipnótica	.57	1.08	0.98	1.37	.75	1.50	3.44	.033*
Disfunção Diurna	.65	.73	.55	.68	.00	.00	2.04	.131
Índice Global	1.79	.40	1.83	.37	1.75	.50	.28	.756

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os

grupos etários no uso de medicação [$F(2,330)= 3.443, p=.033$]. Os idosos dos 66 até aos 80 anos apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à medicação hipnótica quando comparados com a faixa etária até aos 65 anos inclusive ($Tukey Test= .41; p= .025$).

Tabela 6

Diferenças entre estado civil e qualidade de sono

	Solteiro		União de Facto		Casado		Separado		Divorciado		Viúvo		F	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Qualidade Subjetiva Sono	1.04	.62	1.14	.82	1.17	.69	.50	.58	1.00	.75	1.24	.56	1.21	.305
Latência de Sono	1.46	.78	1.00	1.12	1.15	.90	.25	.50	1.12	1.09	1.59	1.12	2.12	.063
Duração do Sono	.46	.78	.73	1.02	.56	.90	.50	.58	.81	.91	.65	.93	.86	.507
Eficiência Habitual do Sono	1.88	1.33	1.98	1.23	2.14	1.17	2.25	1.50	2.14	1.28	2.59	.87	.87	.502
Perturbação do Sono	1.46	.59	1.23	.64	1.29	.59	.50	.58	1.33	.68	1.35	.49	1.89	.095
Medicação Hipnótica	.88	1.19	.68	1.16	.52	1.09	.50	1.00	.79	1.23	1.53	1.46	2.85	.015*
Disfunção Diurna	.71	.81	.41	.58	.63	.73	.50	.58	.77	.65	.71	.85	1.28	.274
Índice Global	2.00	.00	1.79	.41	1.79	.41	1.25	.50	1.78	.43	1.88	.33	3.04	.011*

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Através da tabela verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil no uso de medicação [$F(5,327)= 2.853, p=.015$] e no índice global de qualidade de sono [$F(5,327)= 3.035, p=.011$]. Os indivíduos solteiros apresentam médias superiores (maiores dificuldades) relativamente ao índice global em comparação com o grupo dos separados ($Tukey Test= .75; p= .006$). Por outro lado, os indivíduos viúvos apresentam uma média superior no uso de medicação, comparativamente com o grupo dos casados ($Tukey Test= 1.01; p= .007$).

Tabela 7

Diferenças entre nível de escolaridade e qualidade de sono

	Sem Ensino Básico		Ensino Básico		Ensino Secundário		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento		F	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Qualidade Subjetiva Sono	1.33	1.15	1.24	.79	1.13	.69	1.09	.71	1.11	.58	1.00	.82	.32	.899
Latência de Sono	1.33	1.15	1.21	.96	1.20	.99	1.07	.91	1.33	1.03	.86	1.21	.52	.759
Duração do Sono	1.66	.58	.79	1.08	.62	.92	.53	.85	.55	.92	.43	.79	1.29	.264
Eficiência Habitual do Sono	2.66	.57	1.90	1.28	2.05	1.23	2.26	1.13	2.11	1.28	2.29	1.25	.81	.547
Perturbação do Sono	1.33	.57	1.24	.50	1.28	.63	1.34	.63	1.39	.50	1.00	.58	.60	.700
Medicação Hipnótica	2.00	1.73	.51	1.12	.66	1.14	.75	1.22	.28	.83	.00	.00	1.92	.910
Disfunção Diurna	0.33	.58	.39	.55	.59	.69	.75	.77	.50	.71	.57	.79	1.70	.135
Índice Global	2.00	.00	1.72	.45	1.80	.39	1.84	.37	1.72	.46	1.57	.53	1.17	.324

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e qualidade de sono.

Tabela 8

Diferenças entre a situação profissional e a qualidade de sono

	Profissionalmente ativo		Reformado com atividade profissional ativa		Reformado		F	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP		
Qualidade Subjetiva Sono	1.15	.73	1.12	.60	1.08	.68	.28	.753
Latência de Sono	1.17	.97	.94	.97	1.18	.96	.47	.627
Duração do Sono	.67	.95	.41	.71	.52	.84	1.32	.269
Eficiência Habitual do Sono	2.01	1.24	2.18	1.24	2.38	1.05	3.14	.044*
Perturbação do Sono	1.28	.61	1.24	.44	1.35	.63	.54	.584
Medicação Hipnótica	.58	1.08	.35	.99	.87	1.32	2.72	.067
Disfunção Diurna	.65	.73	.76	.75	.52	.67	1.57	.21
Índice Global	1.79	.41	1.82	.39	1.83	.38	.43	.649

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Através da tabela, verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a situação profissional na eficiência habitual do sono [$F(2.330) = 3.145, p = .044$], sendo os indivíduos reformados que apresentam uma média superior, ou seja, maiores dificuldades relativamente à eficiência habitual do sono, comparativamente com o grupo de atividade profissional ativa ($Tukey Test = .37; p = .034$).

Resultados das Associações entre as Variáveis Psicológicas em Estudo

Tabela 9

Correlações entre as variáveis suporte social e continuidade/descontinuidade do self

	Continuidade do Self	Descontinuidade do Self
Domínio Relações Sociais	.162*	-.119*
	.003	.030

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

O domínio relações sociais do WHOQOL Bref está correlacionado significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com a subescala continuidade do self ($sig = .003; r = .162$), e negativamente com a subescala descontinuidade do self ($sig = .030; r = -.119$), o que indica que existe uma relação entre o suporte social e a continuidade/descontinuidade do self durante a pandemia. Sendo esta positiva, quanto maior a percepção de suporte social, maior a

continuidade do *self*, e negativa, quanto maior a percepção de suporte social, menor a descontinuidade do *self*.

Tabela 10

Correlações entre as variáveis suporte social e saúde mental

	Sintomas Somáticos	Ansiedade e Insónia	Depressão Grave	GHQ28 Total
Domínio Relações Sociais	-.238**	-.226**	-.284**	-.115*
	.000	.000	.000	.037

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

O domínio relações sociais do WHOQOL Bref está correlacionado significativamente e negativamente, mas de forma fraca, com as subescalas de Saúde Geral, sintomas somáticos ($sig=.000$; $r = -.238$), ansiedade e insónia ($sig=.000$; $r = -.226$) e depressão grave ($sig=.000$; $r = -.284$), o que indica que existe uma relação entre o suporte social e sintomas somáticos, ansiedade e insónia e depressão grave durante a pandemia, e, sendo esta negativa, quanto maior a percepção de suporte social, menor a presença de sintomas somáticos, ansiedade e insónia e depressão grave.

Tabela 11

Correlações entre as variáveis suporte social e qualidade de sono

	Qualidade Subjetiva de Sono	Latência de Sono	Duração do Sono	Eficiência habitual do Sono	Perturbações do sono	Uso de Medicação	Disfunção Diurna	Índice Global
Domínio Relações Sociais	-.192**	-.131*	-.166**	-.031	-.214**	-.113*	-.249**	-.071
	.000	.017	.002	.572	.000	.039	.000	.195

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

O domínio relações sociais do WHOQOL Bref está correlacionado significativamente e negativamente, mas de forma fraca, com as componentes qualidade subjetiva de sono ($sig=.000$; $r = -.192$), latência de sono ($sig=.017$; $r = -.131$), duração do sono ($sig=.002$; $r = -.166$), perturbações do sono ($sig=.000$; $r = -.214$), uso de medicação ($sig=.039$; $r = -.113$) e

disfunção diurna ($sig=.000$; $r = -.249$) do IQSP, o que indica que existe uma relação entre o suporte social e a qualidade subjetiva de sono, latência de sono, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna durante a pandemia, e, sendo esta negativa, quanto maior percepção de suporte social, menor os níveis de pontuação da qualidade subjetiva de sono, latência de sono, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna. Uma vez que valores mais elevados nas componentes do IQSP correspondem a um pior nível de qualidade.

Tabela 12

Correlações *entre as variáveis saúde mental e qualidade de sono*

	Qualidade Subjetiva de Sono	Latência de Sono	Duração do Sono	Eficiência habitual do Sono	Perturbações do sono	Uso de Medicação	Disfunção Diurna	Índice Global
Sintomas Somáticos	.491**	.357**	.251**	.173**	.533**	.405**	.412**	.291**
Ansiedade e Insônia	.563**	.447**	.305**	.092	.566**	.421**	.482**	.318**
Disfunção Social	.230**	.087	.114*	.029	.179**	.025	.109*	.139*
Depressão Grave	.361**	.276**	.282**	.070	.335**	.219**	.365**	.185**
GHQ28 Total	.550**	.390**	.309**	.120*	.537**	.359**	.446**	.316**
	.000	.000	.000	.028	.000	.000	.000	.000

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A subescala sintomas somáticos do Questionário de Saúde Geral está correlacionada significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com as componentes qualidade subjetiva de sono ($sig=.000$; $r = .491$), latência de sono ($sig=.010$; $r = .357$), duração do sono ($sig=.000$; $r = .251$), perturbações do sono ($sig=.000$; $r = .533$), uso de medicação ($sig=.000$; $r = .405$), disfunção diurna ($sig=.000$; $r = .412$) e índice global ($sig=.000$; $r = .291$) do IQSP, o que indica que existe uma relação entre a presença de sintomas somáticos e a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna

durante a pandemia, e, sendo esta positiva, quanto maior a presença de sintomas somáticos, maior os níveis de pontuação da qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna.

A subescala ansiedade e insônia do Questionário de Saúde Geral está correlacionada significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com as componentes qualidade subjetiva de sono ($sig=.000$; $r = .563$), latência de sono ($sig=.000$; $r = .447$), duração do sono ($sig=.000$; $r = .305$), perturbações do sono ($sig=.000$; $r = .566$), uso de medicação ($sig=.000$; $r = .421$), disfunção diurna ($sig=.000$; $r = .482$) e índice global ($sig=.000$; $r = .318$) do IQSP, o que indica que existe uma relação entre a presença de ansiedade e insônia e a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna durante a pandemia, e, sendo esta positiva, quanto maior a presença de ansiedade e insônia, maior os níveis de pontuação da qualidade subjetiva de sono, latência, duração, eficiência, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna (pior qualidade).

A subescala depressão grave do Questionário de Saúde Geral está correlacionada significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com as componentes qualidade subjetiva de sono ($sig=.000$; $r = .361$), latência de sono ($sig=.000$; $r = .276$), duração do sono ($sig=.000$; $r = .282$), perturbações do sono ($sig=.000$; $r = .335$), uso de medicação ($sig=.000$; $r = .219$) e disfunção diurna ($sig=.000$; $r = .365$) do IQSP, o que indica que existe uma relação entre a depressão grave e a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna durante a pandemia, e, sendo esta positiva, quanto maior a presença de depressão, maior os níveis de pontuação da qualidade subjetiva de sono, latência, duração, eficiência, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna (pior qualidade).

A subescala GHQ28 Total do Questionário de Saúde Geral está correlacionada significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com as componentes qualidade subjetiva de sono ($sig=.000$; $r = .550$), latência de sono ($sig=.000$; $r = .390$), duração do sono

($sig=.000$; $r = .309$), perturbações do sono ($sig=.000$; $r = .537$), uso de medicação ($sig=.000$; $r = .359$), disfunção diurna ($sig=.000$; $r = .446$) e índice global ($sig=.000$; $r = .316$) do IQSP, o que indica que existe uma relação entre a saúde mental geral e a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna durante a pandemia, e, sendo esta positiva, quanto maior a pontuação de saúde mental geral (pior), maior os níveis de pontuação da qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna.

Tabela 13

Correlações entre as variáveis descontinuidade do self e saúde mental

	Sintomas Somáticos	Ansiedade Insónia	Disfunção Social	Depressão Grave	GHQ28 Total
Descontinuidade do <i>Self</i>	.254**	.333**	.232**	.316**	.377**
	.000	.000	.000	.000	.000

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A subescala descontinuidade do *self* está correlacionada significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com as subescalas do Questionário de Saúde Geral, sintomas somáticos ($sig=.000$; $r = .254$), ansiedade e insónia ($sig=.000$; $r = .333$), disfunção social ($sig=.000$; $r = .232$), depressão grave ($sig=.000$; $r = .316$) e GHQ28 total ($sig=.000$; $r = .377$), o que indica que existe uma relação entre a descontinuidade do *self* e os sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social, depressão grave e GHQ28 total durante a pandemia, e, sendo esta positiva quanto maior for a descontinuidade do *self*, maior a presença de sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social, depressão grave e saúde geral.

Tabela 14

Correlações entre as variáveis descontinuidade do self e qualidade de sono

	Qualidade		Eficiência					índice Global
	Subjetiva Sono	Latência de Sono	Duração Sono	Habitual de Sono	Perturbações do Sono	Uso de Medicação	Disfunção Diurna	
Descontinuidade do <i>Self</i>	.161**	.206**	.125*	.048	.204**	.154**	.140*	.158**
	.003	.000	.022	.381	.000	.005	.011	.004

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A subescala descontinuidade do *self* está correlacionada significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com as componentes qualidade subjetiva de sono ($sig=.003$; $r = .161$), latência de sono ($sig=.000$; $r = .206$), duração do sono ($sig=.022$; $r = .125$), perturbações do sono ($sig=.000$; $r = .204$), uso de medicação ($sig=.005$; $r = .154$), disfunção diurna ($sig=.011$; $r = .140$) e índice global ($sig=.000$; $r = .158$) do IQSP, o que indica que existe uma relação entre a descontinuidade do *self* e a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna durante a pandemia, e, sendo esta positiva, quanto maior a descontinuidade do *self*, maior os níveis de pontuação da qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna.

Resultados do Estudo das Variáveis Predictoras

Para compreender os efeitos das variáveis suporte social, continuidade do *self*, saúde mental e qualidade de sono foram efetuadas análises de regressão linear.

Tabela 15

Regressão linear da continuidade do self, saúde mental e suporte social como preditores da qualidade de sono

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Domínio Relações Sociais	-.029	-.512	.609	.859	1.164
Ansiedade e Insónia	.284	4.095	.000***	.560	1.785
Disfunção Social	.040	.705	.481	.841	1.189
Depressão Grave	-.007	-.103	.918	.586	1.706
Continuidade do <i>Self</i>	.119	2.237	.026*	.946	1.057
Descontinuidade do <i>Self</i>	.042	.740	.460	.832	1.202

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os resultados obtidos mostram que a ansiedade e insónia ($\beta=.284$; $p=.000$) e a continuidade do *self* ($\beta= .119$; $p=.026$) são preditores da qualidade de sono. Estas duas variáveis, no seu conjunto, explicam 10% da variância da qualidade de sono [$R^2=.120$; $R^2Aj=.104$; $F(6,326)= 7.436$; $p<.000$], sabendo que a ansiedade e insónia se mostra o melhor preditor.

Em seguida, e ainda à luz dos objetivos, foram analisadas as variáveis suscetíveis de influenciar a saúde mental.

Tabela 16

Regressão linear da continuidade do *self*, suporte social e qualidade de sono como preditores da saúde mental

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Domínio Relações Sociais	.083	1.992	.047*	.878	1.139
Qualidade Subjetiva Sono	.230	5.676	.000***	.588	1.702
Latência Sono	.020	.404	.687	.643	1.554
Duração de Sono	.061	1.319	.188	.714	1.401
Eficiência Habitual de Sono	-.020	-.378	.706	.561	1.782
Perturbações do Sono	.217	4.347	.000***	.614	1.630
Uso de Medicação	.092	2.090	.037*	.794	1.260
Disfunção Diurna	.209	4.577	.000***	.735	1.360
Índice Global	-.013	-.238	.812	.484	2.065
Continuidade do <i>Self</i>	.039	.969	.333	.932	1.073
Descontinuidade do <i>Self</i>	.240	5.872	.000***	.920	1.087

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os resultados obtidos mostram que o domínio relações sociais ($\beta=.083$; $p=.047$), qualidade subjetiva de sono ($\beta=.230$; $p=.000$), perturbações do sono ($\beta=.217$; $p=.000$), uso de medicação ($\beta=.092$; $p=.037$), disfunção diurna ($\beta=.209$; $p=.000$), descontinuidade do *self* ($\beta=.240$; $p=.000$) são preditores da saúde mental. Estas seis variáveis, no seu conjunto, explicam 49% da variância da saúde mental [$R^2=.507$; $R^2Aj=.490$; $F(11.321)= 30.014$; $p<.000$], sabendo que a descontinuidade do *self* se mostra o melhor preditor.

Em seguida, e ainda à luz das variáveis em estudo foram analisadas as variáveis suscetíveis de influenciar a continuidade do *self*.

Tabela 17

Regressão linear do suporte social, qualidade de sono e saúde mental como preditores da continuidade do self

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Domínio Relações Sociais	.145	2.472	.014*	.842	1.187
Sintomas Somáticos	.004	.043	.966	.375	2.669
Ansiedade e Insônia	.071	.704	.482	.283	3.533
Disfunção Social	.105	1.781	.076	.841	1.189
Depressão Grave	-.036	-.509	.611	.572	1.747
Qualidade Subjetiva Sono	.023	.319	.75	.536	1.867
Latência Sono	-.031	-.456	.649	.635	1.574
Duração do Sono	-.021	-.331	.741	.696	1.438
Eficiência Habitual do Sono	.043	.592	.554	.542	1.844
Perturbações do Sono	.021	.286	.775	.56	1.785
Uso de Medicação	.035	.55	.583	.736	1.358
Disfunção Diurna	-.095	-1.461	.145	.69	1.45
Índice Global	.111	1.431	.153	.483	2.071

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os resultados obtidos mostram que apenas o domínio relações sociais ($\beta=.0162$; $p=.014$) é preditor da continuidade do *self*. Esta variável, no seu conjunto, explica 3,6% da variância da continuidade do *self* [$R^2=.074$; $R^2Aj =.036$; $F(13.319)= 1.960$; $p<.024$].

Em seguida, e ainda à luz dos objetivos, foram analisadas as variáveis suscetíveis de influenciar o suporte social.

Tabela 18

Regressão linear da continuidade do self, saúde mental e qualidade de sono como preditores do suporte social

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Depressão Grave	-.187	-2.829	.005**	.608	1.643
Ansiedade e Insônia	-.005	-.064	.949	.364	2.746
Continuidade do <i>Self</i>	.162	3.071	.002**	.959	1.042
Qualidade Subjetiva Sono	-.052	-.745	.457	.555	1.803
Latência Sono	.015	.241	.810	.665	1.504
Duração do Sono	-.076	-1.229	.220	.702	1.424
Eficiência Habitual do Sono	.028	.491	.624	.813	1.229
Perturbações do Sono	-.071	-1.037	.301	.566	1.766
Uso de Medicação	.006	.093	.926	.709	1.411
Disfunção Diurna	-.128	-2.087	.038*	.707	1.415

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os resultados obtidos mostram que a depressão grave ($\beta = -.187$; $p = .005$), a continuidade do *self* ($\beta = .162$; $p = .002$), e a disfunção diurna ($\beta = -.128$; $p = .038$) são preditores do domínio relações sociais. Estas três variáveis, no seu conjunto, explicam 12% da variância do suporte social [$R^2 = .149$; $R^2_{Aj} = .117$; $F(12.320) = 4.675$; $p < .000$], sabendo que a continuidade do *self* se mostra o melhor preditor.

Estudo 2***Resultados das Diferenças entre Variáveis Psicológicas e Variáveis Sociodemográficas em******Estudo***

Tabela 19

Diferenças entre suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19

	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig
	M	DP	M	DP		
Domínio Relações Sociais	3.71	.64	3.52	.94	23.04	.000***
Qualidade Subjetiva Sono	.30	.56	1.13	.70	1.55	.213
Latência de Sono	1.15	1.12	1.16	.97	8.84	.003**
Duração do Sono	.61	1.21	1.25	.91	38.14	.000***
Eficiência Habitual do Sono	1.50	1.30	2.12	1.19	8.34	.004**
Perturbação do Sono	1.33	.63	1.29	.61	1.63	.202
Medicação Hipnótica	1.13	1.43	.65	1.16	50.80	.000***
Disfunção Diurna	.60	.84	.62	.72	7.98	.005**
Índice Global	1.57	.49	1.80	.39	67.46	.000***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Segundo a tabela da Anova verificam-se diferenças estatisticamente significativas no domínio relações sociais [$F(2.469)= 23.04, p=.000$], latência de sono [$F(2.469)= 8.84, p=.003$], duração do sono [$F(2.469)= 38.14, p=.000$], eficiência habitual de sono [$F(2.469)= 8.34, p=.004$], medicação hipnótica [$F(2.469)= 50.80, p=.000$], disfunção diurna [$F(2.469)= 7.98, p=.005$] e índice global [$F(2.469)= 67.46, p=.000$] antes e durante a pandemia. A variável pré-Covid-19, apresenta uma média superior no domínio relações sociais (maiores níveis de satisfação com apoio social), em comparação com a variável durante Covid-19. Durante Covid-19, apresenta médias superiores (maiores dificuldades) relativamente à latência, duração, eficiência habitual do sono, disfunção diurna e índice global da qualidade de sono comparativamente à variável pré-Covid-19.

Tabela 20

Diferenças entre o sexo no suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19

	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
Feminino	Domínio Relações Sociais	3.71	.67	3.51	.95	12.09	.001***
	Qualidade Subjetiva Sono	.29	.54	1.18	.73	5.41	.021*
	Latência de Sono	1.29	1.16	1.31	.96	11.47	.001***
	Duração do Sono	1.35	1.24	.64	.94	31.75	.000***
	Eficiência Habitual do Sono	1.68	1.31	2.10	1.19	7.71	.006**
	Perturbação do Sono	1.41	.64	1.36	.63	.52	.468
	Medicação Hipnótica	1.22	1.44	.87	1.26	20.19	.000***
	Disfunção Diurna	.66	.88	.68	.73	9.64	.002**
	Índice Global	1.65	.48	1.82	.38	34.94	.000***
	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
Masculino	Domínio Relações Sociais	3.73	.58	3.54	.93	12.40	.001***
	Qualidade Subjetiva Sono	.33	.61	1.03	.64	1.00	.317
	Latência de Sono	.82	.96	.89	.93	.20	.649
	Duração do Sono	1.00	1.11	.55	.87	2.06	.153
	Eficiência Habitual do Sono	1.05	1.17	2.16	1.22	1.34	.248
	Perturbação do Sono	1.15	.58	1.18	.56	.11	.740
	Medicação Hipnótica	.90	1.39	.28	.82	44.56	.000***
	Disfunção Diurna	.45	.75	.51	.68	.01	.923
	Índice Global	1.37	.49	1.77	.42	8.99	.003**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Através da tabela verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino no domínio relações sociais [$F(2.308)= 12.09, p=.001$], qualidade subjetiva de sono [$F(2.308)= 5.41, p=.021$], latência de sono [$F(2.308)= 11.47, p=.001$], duração do sono [$F(2.308)= 31.75, p=.000$], eficiência habitual de sono [$F(2.308)= 7.71, p=.006$], medicação hipnótica [$F(2.308)= 20.19, p=.000$], disfunção diurna [$F(2.308)= 9.64, p=.002$] e índice global [$F(2.308)= 34.94, p=.000$] antes e durante a pandemia; E entre o sexo masculino no domínio relações sociais [$F(2.159)= 12.40, p=.001$], medicação hipnótica [$F(2.159)= 44.56, p=.000$] e índice global [$F(2.159)= 8.99, p=.003$]. Relativamente ao domínio relações sociais, tanto os indivíduos do sexo feminino como masculino, apresentam médias superiores (maiores níveis de satisfação com apoio social), na variável pré-Covid-19, do que durante

Covid-19. Os indivíduos do sexo feminino apresentam médias superiores (maiores dificuldades) na qualidade subjetiva de sono, latência, eficiência habitual e disfunção diurna, na variável durante Covid-19, comparativamente com o sexo masculino. Quanto à subescala índice global, ambos os sexos apresentam médias superiores (maiores dificuldades), na variável durante Covid-19, quando comparada com a pré-Covid-19.

Tabela 21

Diferenças entre reforma e suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19

	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig
	M	DP	M	DP		
Domínio Relações Sociais	3.72	.65	3.51	.80	4.82	.029*
Qualidade Subjetiva Sono	.27	.53	1.08	.68	.009	.771
Latência de Sono	1.14	1.09	1.18	.96	2.57	.111
Duração do Sono	1.21	1.20	.52	.84	28.79	.000***
Eficiência Habitual do Sono	1.49	1.31	2.38	1.05	26.15	.000***
Perturbação do Sono	1.34	.63	1.35	.63	.005	.817
Medicação Hipnótica	1.08	1.42	.88	1.32	6.77	.001***
Disfunção Diurna	.52	.83	.59	.67	6.74	.001***
Índice Global	1.57	.49	1.83	.38	79.69	.000***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Reformado(a) é a situação profissional que apresenta mais diferenças estatisticamente significativas entre grupos, comparativamente com a atividade profissional ativa e reformado(a) com atividade profissional ativa.

Através da tabela verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos reformados no domínio relações sociais [$F(2.216) = 4.82, p = .029$], duração do sono [$F(2.216) = 28.79, p = .000$], eficiência habitual de sono [$F(2.216) = 26.15, p = .000$], medicação hipnótica [$F(2.216) = 6.77, p = .001$], disfunção diurna [$F(2.216) = 6.74, p = .001$] e índice global [$F(2.216) = 79.69, p = .000$] antes e durante a pandemia. No domínio relações sociais, os indivíduos reformados apresentam médias superiores (maiores níveis de satisfação com apoio social), na variável pré-Covid-19. Durante a Covid-19, os indivíduos reformados

apresentam médias superiores (maiores dificuldades) na eficiência habitual, disfunção diurna e no índice global da qualidade de sono.

Tabela 22

Diferenças entre idade e suporte social e qualidade de sono antes e durante a Covid-19

	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
66 a 80 anos	Domínio Relações Sociais	3.66	.57	3.55	.79	5.24	.024*
	Qualidade Subjetiva Sono	.40	.61	1.04	.59	6.81	.010**
	Latência de Sono	1.48	1.12	1.12	.90	9.36	.003**
	Duração do Sono	1.51	1.25	.50	.83	32.45	.000***
	Eficiência Habitual do Sono	1.66	1.03	2.36	1.09	11.36	.001***
	Perturbação do Sono	1.43	.59	1.35	.57	1.02	.313
	Medicação Hipnótica	1.00	1.39	.98	1.38	.18	.669
	Disfunção Diurna	.68	.85	.54	.68	3.35	.069
	Índice Global	1.69	.47	1.83	.38	15.17	.000***
	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
81 anos ou mais	Domínio Relações Sociais	3.78	.58	3.50	1.00	1.58	.216
	Qualidade Subjetiva Sono	.19	.61	.50	.58	1.26	.267
	Latência de Sono	1.02	.96	.25	.50	2.68	.109
	Duração do Sono	1.02	1.11	.25	.50	4.79	.034*
	Eficiência Habitual do Sono	1.50	1.17	2.75	.50	10.58	.002**
	Perturbação do Sono	1.43	.58	1.00	.00	14.06	.001***
	Medicação Hipnótica	1.21	1.39	.75	1.50	3.31	.076
	Disfunção Diurna	.62	.75	.00	.00	17.13	.000***
	Índice Global	1.52	.49	1.75	.50	11.67	.001***

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os intervalos de idade que apresentaram mais diferenças estatisticamente significativas foram os intervalos dos 66 aos 80 anos, seguido dos 81 ou mais anos, comparativamente com o intervalo até aos 65 anos.

Através da tabela verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os idosos dos 66 até aos 80 anos no domínio relações sociais [$F(3.129) = 5.24, p = .024$], qualidade subjetiva [$F(3.129) = 6.81, p = .010$], latência [$F(3.129) = 9.36, p = .003$], duração [$F(3.129) = 32.45, p = .000$], eficiência habitual de sono [$F(3.129) = 11.36, p = .001$] e índice global [$F(3.129) = 15.17, p = .000$] antes e durante a pandemia. No domínio relações sociais, os

indivíduos apresentam médias superiores (maiores níveis de satisfação com apoio social), na variável pré-Covid-19. Durante a Covid-19, os indivíduos dos 66 aos 80 anos apresentam médias superiores (maiores dificuldades) na qualidade subjetiva, eficiência habitual e no índice global da qualidade de sono.

Tabela 23

*Diferenças entre estado civil e suporte social e qualidade de sono antes e durante a**Covid-19*

	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
Solteiro	Domínio Relações Sociais	3.48	.57	.92	.79	.25	.620
	Qualidade Subjetiva Sono	.45	.61	.69	.59	1.29	.263
	Latência de Sono	1.63	1.12	1.29	.90	8.73	.006**
	Duração do Sono	1.63	1.25	1.37	.83	14.81	.001***
	Eficiência Habitual do Sono	1.73	1.03	1.35	1.09	.02	.890
	Perturbação do Sono	1.36	.59	.81	.57	.98	.330
	Medicação Hipnótica	1.64	1.39	1.57	1.38	6.44	.016**
	Disfunção Diurna	.64	.85	1.12	.68	2.39	.132
	Índice Global	1.55	.47	.52	.38	2715.42	.000***
Casado	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
	Domínio Relações Sociais	3.75	.55	3.58	.90	10.31	.001***
	Qualidade Subjetiva Sono	.29	.53	1.17	.69	1.31	.254
	Latência de Sono	1.03	1.02	1.15	.90	3.72	.055
	Duração do Sono	1.28	1.18	.56	.90	14.14	.000***
	Eficiência Habitual do Sono	1.24	1.30	2.14	1.18	3.21	.074
	Perturbação do Sono	1.24	.54	1.29	.59	.83	.364
	Medicação Hipnótica	.76	1.30	.52	1.09	8.26	.004**
Disfunção Diurna	.50	.73	.62	.73	.11	.743	
Índice Global	1.55	.50	1.79	.41	27.29	.000***	
Viúvo	Pré-Covid-19		Durante Covid-19		F	Sig	
	M	DP	M	DP			
	Domínio Relações Sociais	3.76	.66	3.17	1.00	6.90	.011**
	Qualidade Subjetiva Sono	.31	.62	1.23	.56	.08	.771
	Latência de Sono	1.25	1.18	1.59	1.12	.10	.747
	Duração do Sono	1.29	1.24	.65	.93	6.41	.014**
	Eficiência Habitual do Sono	1.90	1.24	2.59	.87	9.54	.003**
	Perturbação do Sono	1.45	.67	1.35	.49	3.65	.060
	Medicação Hipnótica	1.31	1.45	1.53	1.46	.05	.824
Disfunção Diurna	.72	.89	.71	.85	.21	.650	
Índice Global	1.63	.48	1.88	.33	31.46	.000***	

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Os estados civis com mais diferenças estatisticamente significativas foram o solteiro, casado e viúvo, comparativamente com os restantes grupos.

Através da tabela verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos casados [$F(6.257)= 10.31, p=.001$] e viúvos [$F(6.66)= 6.90, p=.011$] no domínio relações sociais. Os indivíduos solteiros [$F(6.33)= 2715.42, p=.000$], casados [$F(6.257)= 27.29, p=.000$] e viúvos [$F(6.66)= 31.46, p=.000$] apresentam diferenças estatisticamente significativas no índice global de qualidade de sono. No domínio relações sociais, tanto os indivíduos casados, como viúvos apresentam médias superiores (maiores níveis de satisfação com apoio social), na variável pré-Covid-19. Durante a Covid-19, os indivíduos solteiros, casados e viúvos apresentam médias superiores (maiores dificuldades) no índice global da qualidade de sono, comparativamente com a variável pré-Covid-19.

Discussão

O principal objetivo do presente estudo consistiu na análise do impacto da satisfação com o suporte social na continuidade do *self*, na saúde mental e na qualidade do sono (antes e durante a pandemia da Covid-19), em pleno processo de envelhecimento ativo. Desta forma, pretendia-se avaliar através de um estudo quantitativo (estudo 1, durante a Covid-19) e comparativo (estudo 2, antes da Covid-19) os mecanismos responsáveis pelas ligações entre as relações sociais e a qualidade do sono.

O primeiro objetivo estabelecido foi o de compreender e caracterizar a relação entre as dimensões sociodemográficas e a qualidade de sono antes e durante a pandemia. Durante a pandemia, verificou-se que as mulheres, os idosos de 66 até 80 anos, indivíduos reformados, solteiros e viúvos apresentaram pior qualidade de sono.

As mulheres apresentaram maiores dificuldades em relação à latência de sono, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna, em comparação com os homens. Quando as duas amostras foram comparadas, verificou-se que as mulheres manifestaram mais dificuldades na qualidade de sono do que os homens, apresentando pior qualidade subjetiva, latência, eficiência, disfunção diurna e índice global de sono durante a pandemia da Covid-19, do que antes do seu aparecimento. Estes resultados estão de acordo com a literatura que refere que o sexo feminino é mais suscetível de desenvolver problemas de sono, tanto devido a efeitos colaterais de um distúrbio de sono do seu parceiro, como devido à sua representação de papéis e à sua resposta emocional a acontecimentos stressantes, como a Covid-19 (Moreno et al., 2018; Siddique et al., 2021; Waqas et al., 2019).

Os idosos dos 66 até aos 80 anos apresentaram um consumo mais elevado de medicação hipnótica para dormir, sendo que, comparativamente com a amostra pré-Covid-19, verificaram-se maiores dificuldades na qualidade subjetiva, eficiência e índice global de qualidade de sono durante a Covid-19. Grossman et al. (2021), Okely et al. (2021) e Pinto et

al. (2020) comprovaram que a longevidade está associada a alterações do sono, existindo um declínio na qualidade do mesmo, como o aumento da dificuldade em manter o sono e em adormecer, bem como um período de vigília precoce. Visto que as pessoas mais velhas, especificamente maiores de 75 anos, são as que correm maior risco de mortalidade na Covid-19, as medidas de quarentena podem ter contribuído para o seu isolamento social e diminuído a sua satisfação com o suporte social. Para a maioria das pessoas desta idade, o contacto social é importante para a qualidade de vida, felicidade, estimulação mental e para muitos que dependem de outros para tarefas de cuidado. Como podemos perceber pelos nossos resultados, a existência de maior satisfação com o apoio social ocorreu na amostra recolhida antes da pandemia, pelo que a sua ausência durante a pandemia poderá ter acarretado consequências na qualidade de sono durante mais tempo e em maior grau do que nos outros intervalos de idade.

Os indivíduos reformados, com maior satisfação de suporte social antes da pandemia, apresentaram também mais dificuldades na eficiência habitual e no índice global de qualidade de sono durante a mesma, o que vai de encontro aos estudos, em que o possível isolamento social e a reforma tendem a ser características psicossociais que interferem com o sono (Moreno et al, 2018; Wang et al., 2017). No estudo de Pinto et al. (2020), o confinamento domiciliário sem trabalho foi considerado como a principal variável de previsão para relatar dificuldades de sono. A situação de trabalho foi associada a cada uma das dificuldades de sono inquiridas, uma vez que aqueles que estão confinados em casa sem trabalhar têm um maior risco de relatar dificuldades em adormecer, acordar frequentemente durante a noite e acordar demasiado cedo pela manhã, enquanto aqueles que estão a trabalhar como habitualmente, têm mais probabilidades de relatar um sono restaurador.

Durante a Covid-19, os indivíduos solteiros e viúvos apresentaram mais dificuldades na qualidade de sono, quer no índice global, quer no maior consumo de medicação para dormir,

o que demonstrou que ter uma relação de apoio com os seus parceiros foi consistentemente associado a um menor risco de reclamações de sono. Vários estudos comprovaram que pessoas casadas tendem a dormir melhor e ligeiramente mais do que as que vivem sozinhas e que, por consequência, indivíduos solteiros apresentam um maior índice de fragmentação do sono (Troxel et al., 2010; Stafford et al., 2017; Mesas et al., 2019). Na atual pandemia, o *stress* e a complexidade e insegurança das relações sociais aumentaram, possivelmente, o risco de desenvolvimento de perturbações do sono, no grupo de pessoas não casadas. Sentimentos de segurança no relacionamento podem levar a uma diminuição da solidão ou emoções negativas, que por si, podem conduzir a uma melhor qualidade do sono (Costa et al., 2011; Okely et al., 2021; Troxel et al., 2010; Wang et al., 2017). Desta forma, ser casado e viver em conjunto parecem ser fatores de proteção do sono.

Relativamente ao segundo objetivo que consistia em compreender e caracterizar a relação entre o suporte social, continuidade do *self*, saúde mental e qualidade de sono durante a pandemia, verificou-se que o suporte social apresenta uma relação positiva com a continuidade do *self* e negativa com a descontinuidade, ou seja, quanto maior a satisfação com o apoio social, maior a identidade do indivíduo, e quanto menor a satisfação, maior a descontinuidade. Tal como referido por Sedikides et al. (2016), a conectividade social aumenta a continuidade do *self*, isto porque o processo de construção da continuidade do *self* através de narrativas nostálgicas (recordação/reflexão sobre figuras do passado e a particular relação) ajuda as pessoas a darem sentido aos acontecimentos da sua vida, a conectá-los a outras pessoas, a perceberem o eu como parte de um contexto cultural mais amplo e a compreender o eu atual no contexto do eu passado. Para a maioria das pessoas, estas proporcionam uma maior ligação ao seu eu passado e futuro, aumentando as perceções da própria vida como mais coerente e intencional, isto é, como mais significativa (Tilburg et al., 2019).

Analisando as subescalas de saúde mental, o suporte social tem uma relação negativa com os sintomas somáticos, ansiedade e insónia e depressão grave, ou seja, quanto maior a satisfação com o apoio social, menor a presença de sintomatologia somática, ansiosa/insónia e depressiva. Os resultados estão de acordo com a literatura, pois os indivíduos que se sentem mais sozinhos ou com a percepção de tensão social, tendem a apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Harandi et al., 2017; Krause & Rainville, 2020).

Especificamente, quanto mais apoio social um indivíduo tem, ou percebe ter disponível, mais se sente em controlo da situação stressante ou no processamento emocional do evento negativo, apresentando menores sintomas de depressão ou ansiedade. Em suma, no atual contexto, o apoio social tende a atuar como um amortecedor entre o *stress* sobre a Covid-19 e os problemas de saúde mental (Sette & Capitão, 2018; Szkody et al., 2020).

Relativamente às componentes de qualidade de sono, o suporte social apresenta uma relação negativa com todas, ou seja, quanto maior a satisfação com o apoio social, menores as dificuldades e perturbações associadas ao sono. Isto significa que maiores níveis de apoio social de parceiros, familiares e amigos estão associados a um menor risco de queixas de sono, estando por isso associados a um sono melhor e mais longo (Fekete et al., 2014; Kent de Grey et al., 2018; Kent de Grey et al., 2015; Krause & Rainville, 2020; Mesas et al., 2019). Partimos assim do princípio de que, as pessoas que ficam socialmente isoladas devido à sua baixa percepção de disponibilidade de apoio social e acesso limitado a recursos, correm um maior risco de desenvolver uma perturbação (Nomura et al., 2010).

A descontinuidade do *self* apresenta uma relação positiva com todas as subescalas da saúde mental, o que significa que quanto maior a descontinuidade do *self*, maior é a presença de sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social, depressão grave e saúde mental em geral. Segundo o estudo de Sedikides et al. (2015) a descontinuidade do *self*, sensação de desarticulação entre o passado, presente e futuro, relaciona-se, positivamente, com a

ansiedade. Esta tende a estar relacionada com a psicopatologia, visto aumentar os níveis de neuroticismo, nomeadamente as perturbações de ansiedade e de depressão (Chandler et al., 2003; Sedikides et al., 2016).

Analisando as componentes de qualidade de sono, a descontinuidade do *self* manifesta uma relação positiva com a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação e disfunção diurna, isto é, quanto maior a descontinuidade do *self*, maior as dificuldades/ perturbações no sono. Estes resultados corroboram com a literatura que demonstrou que na prevenção de comportamentos de saúde relevantes para a mortalidade e morbidade, o domínio da continuidade do *self* e a vivacidade futura, foram significativamente associados à qualidade do sono. Isto significa que os indivíduos com maior auto-vivacidade e similaridade com o futuro também relataram ter uma melhor qualidade de sono. Assim sendo, indivíduos com maiores índices de continuidade do *self* relataram uma melhor qualidade do sono (Brotkin, s.d).

As subescalas da saúde mental apresentam uma relação positiva com as componentes da qualidade de sono. Concretamente, existe uma relação positiva entre a presença de ansiedade/ insónia e depressão grave e a qualidade subjetiva de sono, latência, duração, perturbação, uso de medicação, disfunção diurna e índice global de qualidade de sono. Adicionalmente, a presença e prevalência de sintomas de depressão e ansiedade tendem a preceder a alterações no sono (Armstead et al., 2019; João et al., 2018; Medic et al., 2017; Ravyts et al., 2019; Sariarslan et al., 2015). As investigações sugerem que as pessoas que estão mais deprimidas encontram maior dificuldade em controlar os seus pensamentos indesejados e consequentemente, a ruminação ou pensamento repetitivo, relativamente incontrolável sobre o conteúdo negativo, perturba frequentemente o sono (Krause & Rainville, 2020).

Quanto ao terceiro objetivo que consistiu em compreender e caracterizar a relação entre o suporte social e a qualidade de sono antes e durante a pandemia, verificou-se que antes da

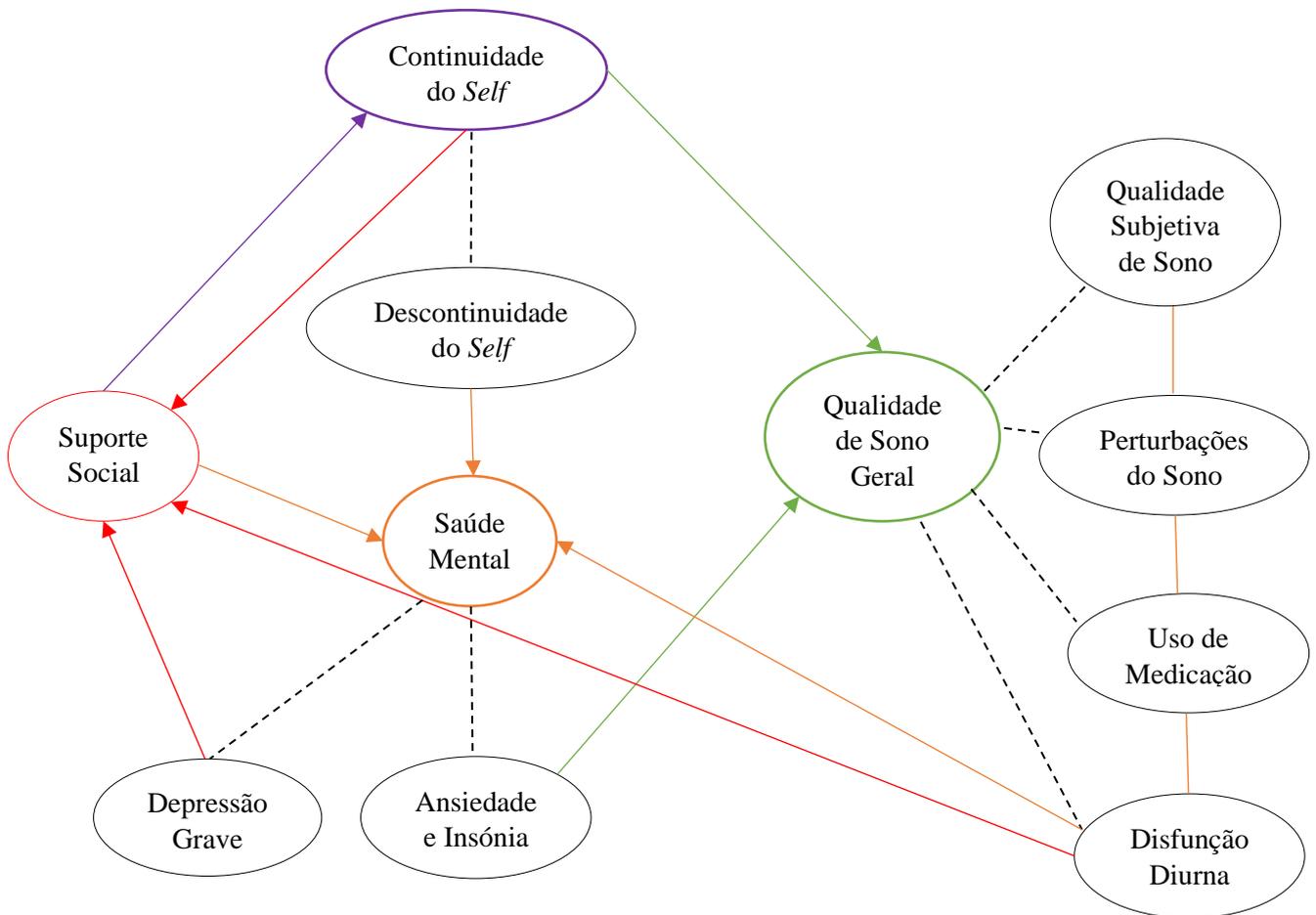
pandemia da Covid-19 existia mais satisfação com o apoio social do que durante a mesma, consequência, provavelmente, das medidas governamentais implementadas na tentativa de abrandar a propagação do vírus, como o estado de isolamento/confinamento. O distanciamento social e o isolamento podem limitar a disponibilidade, receção ou, principalmente, a percepção de apoio social à medida que as fronteiras sociais são restringidas. Embora, as práticas concebidas para diminuir o contágio possam resultar na limitação da propagação do vírus, estas podem ter consequências psicológicas negativas (El-Zoghby et al., 2020; Szkody et al., 2020; Tassara et al. 2021).

A qualidade de sono, quando analisada sob dois momentos distintos, apresentou maiores dificuldades/perturbações durante a atual pandemia da Covid-19 do que no período anterior à mesma. Isto significa que a Covid-19 teve um impacto negativo na latência, duração, eficiência habitual do sono, disfunção diurna e índice global da qualidade de sono. Os resultados vão ao encontro da literatura que defende que após o surto da Covid-19, o isolamento social ou confinamento influenciou o padrão de sono (Barros et al., 2020; Pandi et al., 2020). No estudo de Gupta et al. (2020) ocorreu uma alteração na hora de dormir para mais tarde, atraso no início do ciclo de sono, redução da duração do sono noturno e aumento da sesta diurna. A duração mais curta do sono após o confinamento foi associada a uma maior proporção de latência de início de sono mais longo e depressão durante a pandemia.

Relativamente ao quarto e último objetivo, que consistiu em compreender e caracterizar os efeitos do suporte social, na continuidade do *self*, na saúde mental e na qualidade de sono, durante a pandemia, foi verificado que o suporte social demonstrou ser um fator de proteção da saúde mental e física.

Figura 2

Sistematização da Relação Suporte Social-Sono



Na figura 2, é representado o modelo da sistematização da relação do suporte social-sono do presente estudo. São apresentadas as variáveis predictoras da qualidade de sono e as variáveis predictoras do suporte social, ou seja, os mecanismos responsáveis pelas ligações entre as relações sociais e a qualidade do sono, que são estatisticamente significativas nas análises de regressão.

Verificamos que o suporte social prediz diretamente a continuidade do *self* e a saúde mental, mas não a qualidade de sono geral. Por sua vez, a continuidade do *self* prediz diretamente o suporte social e a qualidade de sono geral, enquanto a descontinuidade do *self* prediz diretamente a saúde mental. Segundo a literatura, a boa qualidade dos laços de apoio é consistentemente ligada a níveis mais baixos de depressão (Chung, 2017; Kent de Grey et al.,

2015; Mesas et al., 2019; Pan et al., 2019; Sachs-Ericsson et al., 2019). Isto significa que ter relações sociais positivas, pode reduzir a ansiedade e os sintomas depressivos, melhorando a autoeficácia e o humor (Xiao et al., 2020). No entanto, Sedikides et al. (2016), demonstraram que a continuidade do *self* pode atuar como uma variável mediadora entre o suporte social e a psicopatologia. Através da ligação social subjetiva, a nostalgia fomenta a continuidade do *self*, ou seja, a ligação social medeia o efeito positivo da nostalgia na continuidade e esta melhora o bem-estar, tanto psicológico como físico (Ryan & Deci, 2001). Contrariamente, a existência de descontinuidade do *self* está relacionada com o neuroticismo, nomeadamente as perturbações de ansiedade e de depressão (Chandler et al., 2003; Sedikides et al., 2016). Brotkin (s.d) demonstrou que a continuidade do *self* e a vivacidade futura, estão significativamente associados à qualidade do sono, o que revela que os indivíduos que têm uma maior auto-vivacidade também manifestam uma melhor qualidade de sono. Por conseguinte, os indivíduos com maiores índices de continuidade do *self* relataram uma melhor qualidade do sono.

A saúde mental total não prediz diretamente nenhuma variável psicológica, no entanto, a ansiedade/ insónia prediz diretamente a qualidade de sono geral, assim como a depressão grave prediz diretamente o suporte social. A presença de sintomas de depressão, ansiedade e *stress* tendem a preceder a alterações no sono (Armstead et al., 2019; João et al., 2018; Medic et al., 2017; Ravyts et al., 2019; Sariarslan et al., 2015). O *stress* nas relações sociais próximas pode suscitar pensamentos ruminativos na hora de dormir, alimentando uma possível instabilidade emocional e, conseqüentemente, aumentando os níveis de vigiância em relação ao ambiente, o que reduzirá a qualidade do sono (Armstead et al., 2019; Fekete et al., 2014; Marini et al., 2019; Slavish et al., 2018; Troxel et al., 2007). Contudo, existe uma relação de reciprocidade entre o apoio social e a depressão, na qual as verbalizações negativas, queixas e inadequação social exibidas por indivíduos deprimidos e propensos à

depressão perturbam as relações sociais. É teorizado que os indivíduos com sintomatologia depressiva induzam respostas negativas e criem dificuldades interpessoais nas suas interações, conduzindo ao evitamento e rejeição das outras pessoas (Ren et al., 2018).

A qualidade de sono geral não prediz diretamente a saúde mental, nem o suporte social, no entanto, as subescalas qualidade subjetiva de sono, perturbações do sono, uso de medicação e disfunção diurna predizem diretamente a saúde mental e apenas a disfunção diurna prediz diretamente o suporte social. O sono influencia o estado de humor, pelo que é comum associar uma boa noite de sono a emoções positivas e bem-estar durante o dia, da mesma forma que uma má noite de sono está relacionada com maior irritabilidade e emoções negativas (Baglioni et al., 2010). Desta forma, as perturbações que ocorrem durante o sono estão correlacionadas positivamente com a doença mental (Pan et al., 2019). Além disso, segundo os investigadores da Universidade de Berkeleys pessoas privadas de sono sentem-se mais sós e menos inclinadas a envolver-se com os outros, evitando o contacto próximo, da mesma forma que pessoas com ansiedade social (Anwar, 2021). Assim sendo, existe uma relação bidirecional entre as dificuldades do sono e o isolamento social. Os resultados do estudo de Simon e Walker (2018) corroboraram com os nossos, no sentido em que demonstraram que a disfunção diurna originou um perfil comportamental de afastamento social e solidão.

Em suma, as pessoas que recebem mais suporte social tendem a ficar mais satisfeitas com o apoio que recebem da sua rede social. Por sua vez, as que estão mais satisfeitas com o apoio social têm mais probabilidades de percecionarem uma maior ligação ao seu eu passado e futuro. Indivíduos com um senso mais profundo de continuidade, experimentam menos sintomas de doença mental. Consequentemente, os que apresentam menos sintomas ansiosos, tendem a experienciar uma melhor qualidade de sono e as com menos sintomas depressivos,

uma maior satisfação com o seu apoio social. Da mesma forma, uma melhor qualidade de sono, tende a influenciar positivamente a saúde mental e a satisfação com o suporte social.

Através da análise dos resultados referidos e da revisão de literatura efetuada, é possível verificar que existem evidências de que os fatores implícitos à pandemia da Covid-19, como os efeitos da própria doença e os esforços de saúde pública necessários para conter a propagação do vírus (isolamento social), desencadearam um possível aumento de *stress* e perceção de solidão, que levou a um impacto generalizado na saúde mental e na qualidade de sono da população idosa portuguesa. Visto que os idosos foram considerados o grupo de maior risco de desenvolver doença grave se infetados com Covid-19, assim como o de maior taxa de mortalidade, poderão ter existido maiores níveis de *stress* relacionados com a incerteza do curso da pandemia, medo de infeção face à falta de tratamentos disponíveis, perturbação das rotinas habituais e défices nas ligações sociais. A menor satisfação com o suporte social que emergiu da atual pandemia indicou taxas crescentes de descontinuidade do *self*, ansiedade e depressão, dificuldades e perturbações no sono, particularmente entre os idosos do sexo feminino e aqueles que vivem sozinhos e reformados.

Estes mecanismos influenciados bidireccionalmente podem ser explicados através do cronossistema do modelo socio ecológico de Bronfenbrenner, em que os indivíduos são influenciados por mudanças ambientais que ocorrem ao longo da vida (Bronfenbrenner, 1986; Guzman et al., 2021). Sob esta perspetiva ecológica, durante a pandemia, os idosos necessitavam da presença de uma rede de apoio social, de perceção de satisfação com a mesma para que, segundo Vaillant (2004), desenvolvessem um envelhecimento bem-sucedido. Pelo contrário essa insatisfação em conjunto com outros fatores psicossociais como o *stress*, provocado pelo surto, dificultou esse processo (Nolan & Kadavil, 2003; Neri, s.d.).

Este estudo contribui para a prática da psicologia clínica orientada para a prevenção do isolamento social e melhoria da satisfação/ perceção de apoio da população idosa e

reformada, que durante a pandemia da Covid-19 se mostrou vulnerável ao desenvolvimento de perturbações do sono, de ansiedade e depressão, devido à perceção de solidão. A pandemia veio agravar as limitações sociais que os idosos já apresentavam. Desta forma, deve ser fomentado a integração dos idosos às novas tecnologias de informação e comunicação que proporcionam um diálogo e convívio à distância, por exemplo através das redes sociais, como o Facebook/ Messenger para poderem realizar chamadas de vídeo. Para além das redes sociais, deve ser incentivado o uso do telemóvel/telefone, como ferramenta de convívio social, para envio de mensagens de texto ou chamadas de voz a familiares e amigos, sendo interpretado como um objetivo terapêutico diário, podendo ser acionado um lembrete no próprio telemóvel. A criação de grupos terapêuticos, com lotação limitada e medidas de prevenção à Covid-19, para proporcionar partilha de experiências, sentimentos, preocupações, identificação com o outro, sentimento de se ser compreendido e diminuir o isolamento. Na intervenção individual deve ser considerado o aumento das competências de regulação emocional para diminuir o impacto negativo dos sintomas depressivos na perceção do apoio social, podendo esta ser benéfica através da reavaliação cognitiva para manter relações sociais positivas, ou seja, explorar, expressar e gerir emoções.

O baixo nível de satisfação de apoio social, depressão e ansiedade e os problemas de sono relacionam-se entre si. Assim sendo, o diagnóstico por parte dos profissionais dos sintomas de depressão e ansiedade, é crucial para o tratamento das perturbações de sono, uma vez que a restauração de um pode resultar na restauração do outro. A intervenção nestes problemas como um conjunto, proporcionará melhores resultados.

Para estudos futuros seria importante reapplicar esta investigação por forma a analisar possíveis consequências negativas ou positivas na sociedade, num período pós-pandémico mais avançado, visto que o surto do novo Coronavírus desencadeou diversas complicações nas populações vulneráveis (sexo feminino, idosos dos 66 aos 80 anos, solteiros/viúvos e

reformados) sendo desconhecidas a duração ou permanência das mesmas. Contudo, existem variáveis que não foram incluídas na investigação e cuja avaliação é pertinente, sendo exemplos dessas: o *stress*, distanciamento/isolamento social e solidão, pois podem limitar a disponibilidade, receção ou, principalmente, a perceção de apoio social à medida que as fronteiras sociais são restringidas (Szkody et al., 2020; Tassara et al., 2021); os quatro tipos de suporte social, suporte informativo, emocional, instrumental e de estima e o seu respetivo impacto na saúde (Pan et al., 2019; Ribeiro et al., 2019); e a nostalgia e significado na vida visto que os indivíduos que recebem mais apoio emocional dos seus membros da rede social tendem a ter um maior sentido da vida, promovido pela nostalgia (Hepper et al., 2012).

Como limitações deste estudo, encontramos o difícil acesso, via *online*, a respostas da população idosa, acima dos 65 anos, possivelmente justificada pelo reduzido acesso à internet ou redes sociais, e/ou por desconhecimento ou desconfiança deste tipo de abordagem. Por outro lado, a recolha de dados presencial não foi considerada pela existência das restrições impostas pela Direção Geral de Saúde (DGS). Outra limitação advém da utilização do instrumento para avaliar o suporte social. Este não seria, segundo a literatura, o instrumento mais apropriado visto que é um método quantitativo que avalia a qualidade de vida e não tem como objetivo principal avaliar o suporte social em si. Por esta razão, não foi possível analisar qual dos quatro tipos de suporte social apresentou maior influência, tanto na saúde mental, como conseqüentemente, no sono. No entanto, foi possível analisar a perceção de satisfação com o suporte social que é, essencialmente, a variável mais importante e referida pela investigação para a saúde mental e para o sono. A terceira limitação advém da inexistência de estudos em Portugal e da escassa investigação internacional que analisem a relação entre as variáveis apresentadas, o que dificulta o processo de comparação e validação do presente estudo.

A compreensão dos mecanismos subjacentes ao impacto da satisfação com o suporte social na qualidade de sono, permitiu concluir que o suporte social é um fator de proteção entre os efeitos negativos da angústia na saúde mental e física (sono) no processo de envelhecimento ativo, durante a pandemia da Covid-19. Isto significa que preservar boas e solidárias relações sociais pode ser uma estratégia com potencial para manter uma boa qualidade do sono e, conseqüentemente, de vida.

Referências

- Agronin, M. E. (2014). From cicero to cohen: Developmental theories of aging, from antiquity to the present. *The Gerontologist*, 54(1), 30–39.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnt032>
- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of Covid-19 in China and associated psychological problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>
- Almeida, A. N. F., Silva, A. L. B., Silva, C. S., Pena, F. P. S., Silva, K. S., Silva, R. S., Smith, F. S. B. V., Verga, S. M. P. & Favacho, V. B. C. (2019). Instrumentos de avaliação da qualidade de vida. In A. N. F. Almeida, A. L. B. Silva, C. S. Silva, F. P. S. Pena, K. S. Silva, R. S. Silva, F. S. B. V. Smith, S. M. P. Verga & V. B. C. Favacho (Eds.), *Qualidade de vida e condições crônicas no meio do mundo*. Curitiba: Editora Appris Ltda.
https://books.google.pt/books/about/Qualidade_de_Vida_e_Condi%C3%A7%C3%B5es_Cr%C3%B4nicas.html?id=AeioDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anwar, Y. (2021, Maio). Poor sleep triggers viral loneliness and social rejection. Berkeley News. <https://news.berkeley.edu/2018/08/14/sleep-viral-loneliness/>
- Ardelt, M., Gerlach, K. R., & Vaillant, G. E. (2018). Early and midlife predictors of wisdom and subjective well-being in old age. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(8), 1514–1525. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby017>

- Armstead, E. A., Votta, C. M. & Deldin, P. J. (2019). Examining rumination and sleep: A transdiagnostic approach to depression and social anxiety. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 32, 99–103. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.05.003>
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(4), 227-238.
- Baltar, P. I. B. P (2011). *Qualidade de sono dos enfermeiros que trabalham por turnos em hospitais da região de lisboa: relação com os níveis de depressão, ansiedade e stress*. [Dissertação de Mestrado, ISPA- Instituto Universitário].
<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3991>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza J. P. R. B., Azevedo, L. O., Machado, Í. E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. de O., Silva, D. R. P., Pina, M. F., Gracie, R., Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L. & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4).
<https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2004). Cultural life scripts structure recall from autobiographical memory. *Memory & Cognition*, 32(3), 427–442.
<https://doi.org/10.3758/BF03195836>
- Bertolazi, A. (2008). *Tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de*

- Pittsburgh* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina]. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/14041>
- Bornstein, M. H. (2018). *The sage encyclopedia of lifespan human development*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781506307633>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brotkin, S. (2015). *Future self-continuity and health behavior* [Dissertação de Mestrado, University of North Carolina at Chapel Hill]. https://cdr.lib.unc.edu/concern/honors_theses/dj52w9183
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Campos, R. (2019). O conceito de mecanismos de defesa e a sua avaliação: Alguns contributos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 50(4). <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.12>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M, Rijo, D., Quartilho, M.J. Gameiro, S., Paredes, T & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL- BREF. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves (Eds). *Avaliação psicológica instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora

- Cassel, J. (1995). The contribution of the social environment to host resistance: The fourth wade Hampton frost lecture. *American Journal of Epidemiology*, *141*(9), 798–814.
- Chan, M. (2021, fevereiro). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial de Saúde.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_porr.pdf;jsessionid=A1C5FA18490F7A5FFFE74449A4B5D5D1?sequence=6
- Chandler M. J., Lalonde C. E., Sokol B. W., & Hallett D. (2003). personal persistence, identity development, and suicide: A study of native and non-native north American adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *68*(2), 1-130. [10.1111/1540-5834.00246](https://doi.org/10.1111/1540-5834.00246)
- Chung, J. (2017). Social support, social strain, sleep quality, and actigraphic sleep characteristics: Evidence from a national survey of US adults. *Sleep Health*, *3*(1), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.10.003>
- Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L., & Alexandre, J. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Costa, S. V., Ceolim, M. F., & Neri, A. L. (2011). Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian elderly multicenter study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(4), 920–927. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400010>
- Coutinho (2010). *Base segura: A vinculação no contexto da transição para a idade adulta*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa].
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2770>
- Czeisler, C. A. (2015). Duration, timing and quality of sleep are each vital for health, performance and safety. *Sleep Health*, *1*(1), 5–8.
<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.008>

- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Huang, E., & Zuo, Q. K. (2020). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in Covid-19 patients: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
<https://doi.org/10.1111/nyas.14506>
- Domènech, A. J., Lara, E., Rubio, V., M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico, U. L. A., Ayuso, M. J. L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- ESCO (2020, maio). Profissões da Comissão Europeia.
<https://ec.europa.eu/esco/portal/occupation?resetLanguage=true&newLanguage=pt>
- El-Zoghby, S. M., Soltan, E. M., & Salama, H. M. (2020). Impact of the covid-19 pandemic on mental health and social support among adult Egyptians. *Journal of Community Health*, 45(4), 689–695. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00853-5>
- Ersner-Hershfield, H., Garton, M. T., Ballard, K., Samanez-Larkin, G. R., & Knutson, B. (2009). Don't stop thinking about tomorrow: Individual differences in future self-continuity account for saving. *Judgment and Decision Making*, 4(4), 7
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in us adults before and during the Covid-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9).
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Feeney, B. C., & Lemay, E. P. (2012). Surviving relationship threats: The role of emotional capital. *Personality & social psychology bulletin*, 38(8), 1004–1017.
<https://doi.org/10.1177/0146167212442971>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). New look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review: An*

Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 19(2), 113–147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>

Fekete, E. M., Seay, J., Antoni, M. H., Mendez, A. J., Fletcher, M. A., Szeto, A., & Schneiderman, N. (2014). Oxytocin, social support, and sleep quality in low-income minority women living with hiv. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(3), 207–221. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.791297>

Ferentz, L. M. D. S. (2017). Análise da qualidade de vida pelo método WHOQOL-bref: Estudo de caso na cidade de curitiba, paraná. *Revista Estudo & Debate*, 24(3). <https://doi.org/10.22410/issn.1983-036X.v24i3a2017.1359>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Gaspar, T., Raimundo, M., Cabrita, T. & Domingos, M. (in press). Qualidade de vida no processo de envelhecimento: Estudo das funções neuropsicológicas, estilo de vida e hábitos de sono.

Goldberg D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press

Goldberg D. & Hillier V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the Covid-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>

Grossman, E. S., Hoffman, Y. S. G., 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*, 168.

<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110371>

Gupta, R., Grover, S., Basu, A., Krishnan, V., Tripathi, A., Subramanyam, A., Nischal, A., Hussain, A., Mehra, A., Ambekar, A., Saha, G., Mishra, K., Bathla, M., Jagiwala, M., Manjunatha, N., Nebhinani, N., Gaur, N., Kumar, N., Dalal, P. & Avasthi, A. (2020). Changes in sleep pattern and sleep quality during Covid-19 lockdown. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 370.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_523_20

Guzman, V., Foley, R., Pertl, M., & Doyle, F. (2021). Well-being, interventions and support during epidemics (wise): Protocol for a qualitative longitudinal study of older adult's experiences during Covid-19. *HRB Open Research*, 4, 22.

<https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13231.1>

Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212–5222.

<https://doi.org/10.19082/5212>

Harvey, I. S., & Alexander, K. (2012). Perceived social support and preventive health behavioral outcomes among older women. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(3), 275–290. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9172-3>

Hepper, E. G., Ritchie, T. D., Sedikides, C., & Wildschut, T. (2012). Odyssey's end: Lay conceptions of nostalgia reflect its original homeric meaning. *Emotion*, 12(1), 102–119. <https://doi.org/10.1037/a0025167>

Hepper, E., Wildschut, T., Sedikides, C., & Routledge, C. (2020). Time capsule: Nostalgia shields psychological wellbeing from limited time horizons. *Emotion*.

<https://doi.org/10.1037/emo0000728>

Hershfield, H. E. (2011). Future self-continuity: How conceptions of the future self transform intertemporal choice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 30–43.

<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06201.x>

Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N.,

Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish, G. L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E.,

Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V.,

Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1),

40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during Covid-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey.

Psychiatry Research, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

INE- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estimativas de População Residente em Portugal 2018*, Lisboa: INE, I.P.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

INE- Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*, Lisboa: INE, I.P.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229

- João, K. A. D. R., Jesus, S. N., Carmo, C., & Pinto, P. (2018). The impact of sleep quality on the mental health of a non-clinical population. *Sleep Medicine*, *46*, 69–73.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.02.010>
- Kaczurkin, A. N., Tyler, J., Turk-Karan, E., Belli, G., & Asnaani, A. (2021). The association between insomnia and anxiety symptoms in a naturalistic anxiety treatment setting. *Behavioral Sleep Medicine*, *19*(1), 110–125.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1714624>
- Kang, H.W., Park, M., & Wallace, J. P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, *7*(2), 237–244.
<https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.05.003>
- Kent de Grey, R., Uchino, B., Cribbet, M., Bowen, K., & Smith, T. (2015). Social relationships and sleep quality. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of The Society of Behavioral Medicine*, *49*. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9711-6>
- Kent de Grey, R., Uchino, B., Trettevik, R., Cronan, S., & Hogan, J. (2018). Social support and sleep: A meta-analysis. *Health Psychology*, *37*.
<https://doi.org/10.1037/hea0000628>
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Ko, H. C., Wang, L.L., & Xu, Y.T. (2013). Understanding the different types of social support offered by audience to a-list diary-like and informative bloggers. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *16*(3), 194–199.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0297>
- Krause, N., & Rainville, G. (2020). Exploring the relationship between social support and sleep. *Health Education & Behavior*, *47*(1), 153–161.
<https://doi.org/10.1177/1090198119871331>

- Lallukka, T., Sares, J. L., Kronholm, E., Sääksjärvi, K., Lundqvist, A., Partonen, T., Rahkonen, O., & Knekt, P. (2012). Sociodemographic and socioeconomic differences in sleep duration and insomnia-related symptoms in Finnish adults. *BioMed Central Public Health*, 12(1), 565. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-565>
- Landau, M. J., Meier, B. P., & Keefer, L. A. (2010). A metaphor-enriched social cognition. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1045–1067. <https://doi.org/10.1037/a0020970>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Loewenstein, G. (1996). Out of control: visceral influences on behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 65(3), 272–292. <https://doi.org/10.1006/obhd.1996.0028>
- Levinson, D. J. (1977). The mid-life transition: A period in adult psychosocial development. *Psychiatry*, 40(2), 99–112. <https://doi.org/10.1080/00332747.1977.11023925>
- Levinson, D. J. (1986). A Conception of Adult Development. *American Psychologist*, 41(1), 3-13
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Levy, B. R. (2008) Rigidity as a predictor of older persons aging stereotypes and aging self-perceptions. *Social Behavior and Personality*, 36 (4), 559-570
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S., & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the Covid-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Lopes, L. (2011). *Suporte social e qualidade de vida: A satisfação do suporte social e a qualidade de vida nos doentes de internamento da unidade hospitalar de Bragança*.

[Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências Educação, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62259/4/DissertaoLuciaLopes.pdf>

- Malone, J. C., Cohen, S., Liu, S. R., Vaillant, G. E., & Waldinger, R. J. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and individual differences, 55*(2), 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.025>
- Marini, C., Wilson, S., & Martire, L. (2019). Rumination, depressive symptoms, and sleep quality: social support as a buffer. *Innovation in Aging, 3*, 527–527. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.1940>
- Marques, A. C. I. (2012). *Mecanismos de defesa do ego, apoio social e auto-percepção do envelhecimento em adultos mais velhos* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa]. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8056>
- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the Covid-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry Research, 293*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113419>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in Covid-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity, 89*, 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- McLaughlin, K. A., & Nolen, H., S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behavioral Research and Therapy, 49*, 186-193.
- Medic, G., Wille, M., & Hemels, M. E. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and Science of Sleep, 9*, 151–161. <https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>

- Mesas, A. E., Peppard, P. E., Hale, L., Friedman, E. M., Nieto, F. J., & Hagen, E. W. (2020). Individual's perceptions of social support from family and friends are associated with lower risk of sleep complaints and short sleep duration. *Sleep Health, 6*(1), 110–116. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.08.013>
- Moreno, C. R. C., Santos, J. L. F., Lebrão, M. L., Ulhôa, M. A., & Duarte, Y. A. O. (2018). Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 21*. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2>
- Neri, A. L. (sem data). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. *Neuropsicologia do Envelhecimento, 1-26*
- Neves, G. S. M. L., Giorelli, A. S., Florido, P., & Gomes, M. da M. (2013). Transtornos do sono: Visão geral. *Revista Brasileira Neurologia, 49*(2)
- Nolan, R. E., & Kadavil, N. (2003). Vaillant's contribution to research and theory of adult development. *Midwest Research to Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, 169-173*
- Nostalgia* in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2021. [consult. 2021-01-18 12:55:29]. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/nostalgia>
- Nomura, K., Yamaoka, K., Nakao, M., & Yano, E. (2010). Social determinants of self-reported sleep problems in South Korea and Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research, 69*(5), 435–440. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.014>
- Okely, J. A., Corley, J., Welstead, M., Taylor, A. M., Page, D., Skarabela, B., Redmond, P., Cox, S. R., & Russ, T. C. (2020). Change in physical activity, sleep quality, and psychosocial variables during covid-19 lockdown: evidence from the lothian birth

cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 210. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010210>

Organização Mundial da Saúde (2006). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Pais Ribeiro, J. L., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (general health questionnaire – GHQ 28). *Revista Portuguesa De Psicossomática*, 5(1), 37-45

Pan, K.C., Hung, S.Y., Chen, C.I., Lu, C.Y., Shih, M.L., & Huang, C.Y. (2019). Social support as a mediator between sleep disturbances, depressive symptoms, and health-related quality of life in patients undergoing hemodialysis. *Plos One*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216045>

Pandi, P., S. R., Monti, J. M., Burman, D., Karthikeyan, R., Hammam, A. S., Spence, D. W., Brown, G. M., & Narashimhan, M. (2020). Clarifying the role of sleep in depression: A narrative review. *Psychiatry Research*, 291, 113239. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113239>

Parfit, D. (2021, janeiro). Reasons and Persons. In *Reasons and Persons*. Oxford University Press. <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/019824908X.001.001/acprof-9780198249085>

Paykani, T., Zimet, G. D., Esmaeili, R., Khajedaluee, A. R., & Khajedaluee, M. (2020). Perceived social support and compliance with stay-at-home orders during the Covid-19 outbreak: Evidence from Iran. *BioMed Central Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09759-2>

- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Anxiety, depression and stress: A study of Portuguese adults. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(2).
<https://doi.org/10.15309/15psd160202>
- Pinto, J., Zeller, M., Amorim, P., Pimentel, A., Dantas, P., Eusébio, E., Neves, A., Pipa, J., Santa C., E., Santiago, T., Viana, P., & Drummond, M. (2020). Sleep quality in times of Covid-19 pandemic. *Sleep Medicine, 74*, 81–85.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.07.012>
- Ravyts, S. G., Dzierzewski, J. M., Grah, S. C., Buman, M. P., Aiken M., A. T., Giacobbi, P. R., Roberts, B. L., Marsiske, M., & McCrae, C. S. (2019). Pain inconsistency and sleep in mid to late-life: The role of depression. *Aging & Mental Health, 23*(9), 1174–1179. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1481929>
- Ren, P., Qin, X., Zhang, Y., & Zhang, R. (2018). Is social support a cause or consequence of depression? a longitudinal study of adolescents. *Frontiers in Psychology, 9*, 1634.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01634>
- 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. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 5*(1), 14–24. <https://doi.org/10.31211/rpics.2019.5.1.100>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the Covid-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(7), 611–627.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Ron, P. (2007) Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22* (7), 656-6624

- Rook, K. S. (2015). Social networks in later life: weighing positive and negative effects on health and well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 45–51. <https://doi.org/10.1177/0963721414551364>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sachs-Ericsson, N., Carr, D., Sheffler, J., Preston, T. J., Kiesses, D., & Hajcak, G. (2019). Cognitive reappraisal and the association between depressive symptoms and perceived social support among older adults. *Aging & Mental Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698516>
- Salari, N., Hosseinian, F. A., Jalali, R., Vaisi, R. A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi P. B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-Covid-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 55-57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Sariarslan, H. A., Gulhan, Y. B., Unalan, D., Basturk, M., & Delibas, S. (2015). The relationship of sleep problems to life quality and depression. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*, 20(3), 236–242. <https://doi.org/10.17712/nsj.2015.3.20150157>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

- Siddique, R. F., Ahmed, O., & Hossain, K. N. (2021). Relationship between the fear of Covid-19 disease and sleep quality: The mediating role of stress. *Heliyon*, 7(5).
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07033>
- Sigelman, C. K., & Rider, E. A. (2018). *Life-span human development*.
- Sigelman, C. K., George, L., Cunial, K., & Rider, E. A. (2019). *Life span human development*. South Melbourne, Victoria: Cengage
- Simon, B., & Walker, M. P. (2018). Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Nature Communications*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-018-05377-0>
- Stafford, M., Bendayan, R., Tymoszuk, U., & Kuh, D. (2017). Social support from the closest person and sleep quality in later life: Evidence from a British birth cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 98, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.014>
- Stephan, E., Wildschut, T., Sedikides, C., Zhou, X., He, W., Routledge, C., Cheung, W.-Y., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2014). The mnemonic mover: Nostalgia regulates avoidance and approach motivation. *Emotion (Washington, D.C.)*, 14(3), 545–561.
<https://doi.org/10.1037/a0035673>
- Sedikides, C., Wildschut, R. and Baden, Denise (2004). Nostalgia: Conceptual issues and existential functions. In, Greenberg, Jeff, Koole, Sander and Pyszczynski, Tom (eds.) *Handbook of Experimental Existential Psychology*. New York, USA. Guildford Press, 200-214.
- Sedikides, C., Wildschut, T., Cheung, W.-Y., Routledge, C., Hepper, E. G., Arndt, J., Vail, K., Zhou, X., Brackstone, K., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2016). Nostalgia fosters self-continuity: Uncovering the mechanism (social connectedness) and consequence (eudaimonic well-being). *Emotion*, 16(4), 524–539.
<https://doi.org/10.1037/emo0000136>

- Sedikides, C., Wildschut, T., Routledge, C., & Arndt, J. (2015). Nostalgia counteracts self-discontinuity and restores self-continuity. *European Journal of Social Psychology*, 45(1), 52–61. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2073>
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para português de portugal. *Psiquitria Clínica*, 27(1), 31-40
- Sette P. C., & Capitão G. C. (2018). The moderating effect of social support in cancer patients. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 265–277. <https://doi.org/10.15309/18psd190209>
- Slavish, D. C., Sliwinski, M. J., Smyth, J. M., Almeida, D. M., Lipton, R. B., Katz, M. J., & Graham, E. J. E. (2018). Neuroticism, rumination, negative affect, and sleep: Examining between- and within-person associations. *Personality and individual differences*, 123, 217–222. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.11.023>
- Steiger, A., & Pawlowski, M. (2019). Depression and sleep. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(3), 607. <https://doi.org/10.3390/ijms20030607>
- Smegula, S. F., Stone, K. L., Redline, S., Ancoli, I., S., Barrett, C., E., Lane, N. E., & Cauley, J. A. (2016). Actigraphy and polysomnography measured sleep disturbances, inflammation, and mortality among older men. *Psychosomatic Medicine*, 78, 686-696
- Smith, T. W., & Spiro, A. I. (2002). Personality, health, and aging: Prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality*, 36(4), 363–394. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00014-4](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00014-4)
- Szkody, E., Stearns, M., Stanhope, L., & McKinney, C. (2021). Stress-buffering role of social support during Covid-19. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12618>

- Tassara, I. G., Okabayashi, N. Y. T., Casaca, M. C. G., & Veronez, F. de S. (2021). Prevalência de sintomas psicológicos em tempos de isolamento social. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1295–1309. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-112>
- Taylor, S. E., Bernstein, S. S., & Seeman, T. E. (2010). Are plasma oxytocin in women and plasma vasopressin in men biomarkers of distressed pair-bond relationships?. *Psychological Science*, 21(1) 3–7. <https://doi.org/10.1177/0956797609356507>
- The WHOQOL Group. (1995). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Tilburg, W. A. P. van, Sedikides, C., Wildschut, T., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2019). How nostalgia infuses life with meaning: From social connectedness to self-continuity. *European Journal of Social Psychology*, 49(3), 521–532. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2519>
- Troxel, W. M., Buysse, D. J., Matthews, K. A., Kravitz, H. M., Bromberger, J. T., Sowers, M., & Hall, M. H. (2010). Marital/cohabitation status and history in relation to sleep in midlife women. *Sleep*, 33(7), 973–981. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.7.973>
- Troxel, W. M., Robles, T. F., Hall, M., & Buysse, D. J. (2007). Marital quality and the marital bed: Examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 11(5), 389–404. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.05.002>
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. *American Psychologist*, 55(1), 89-98. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.89>
- Vaillant, G. E. & Mukamal, K. (2001). Successful aging. *American Journal Psychiatry*, 839-847
- Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard study of adult development*. Boston: Little, Brown

- Vaillant, G. (2004). Positive Aging. In A. Linley & S. Joseph (Eds.) *Positive psychology in practice*, pp. 561-580. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry, 11*(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
- Van Tilburg, W. A. P., Sedikides, C., & Wildschut, T. (2018). Adverse weather evokes nostalgia. *Personality and Social Psychology Bulletin, 44*(7), 984–995. <https://doi.org/10.1177/0146167218756030>
- Verplanken, B. (2012). When bittersweet turns sour: Adverse effects of nostalgia on habitual worriers. *European Journal of Social Psychology, 42*(3), 285–289. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1852>
- Vess, M., Arndt, J., Routledge, C., Sedikides, C., & Wildschut, T. (2012). Nostalgia as a resource for the self. *Self and Identity, 11*. <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.521452>
- Walker, G., & McCabe, T. (2021). Psychological defence mechanisms during the Covid-19 pandemic: A case series. *The European Journal of Psychiatry, 35*(1), 41–45. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.005>
- Wang, S., Li, B., Wu, Y., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Fu, Y., Kou, C., Yu, Y., Sun, H.Q., & Xiang, Y. T. (2017). Relationship of sleep duration with sociodemographic characteristics, lifestyle, mental health, and chronic diseases in a large Chinese adult population. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 13*(03), 377–384. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6484>
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S., & Tasali, E. (2015). Recommended amount of sleep for a

healthy adult: A joint consensus statement of the american academy of sleep medicine and sleep research society. *Sleep*. <https://doi.org/10.5665/sleep.4716>

Waqas, A., Iftikhar, A., Malik, Z., Aedma, K. K., Meraj, H., & Naveed, S. (2019).

Association of severity of depressive symptoms with sleep quality, social support and stress among Pakistani medical and dental students: A cross-sectional study. *Global Psychiatry*, 2(2), 211–220. <https://doi.org/10.2478/gp-2019-0019>

Whoqol Group (1994) Development of the WHOQOL: Rationale and current status.

International Journal of Mental Health, 23(3), 24-56.

<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>

Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis.

Archives of Gerontology and Geriatrics, 85, 103934.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (covid-19) in january and february 2020 in china. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 26.

<https://doi.org/10.12659/MSM.923549>

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the Covid-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7),

2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

Zhou, X., Sedikides, C., Wildschut, T., & Gao, D.-G. (2008). Counteracting Loneliness: On the Restorative Function of Nostalgia. *Psychological Science*, 19(10), 1023–1029.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02194>