



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Viver o COVID-19 em Adultos Mais Velhos: Perceção de Risco, Estratégias de Coping e Impacto no Stress e na Satisfação com a Vida

Marta Sofia Laranjeira Pécurto

Orientador(es) | Maria de Fátima Bernardo

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Viver o COVID-19 em Adultos Mais Velhos: Perceção de Risco, Estratégias de Coping e Impacto no Stress e na Satisfação com a Vida

Marta Sofia Laranjeira Pécurto

Orientador(es) | Maria de Fátima Bernardo

Évora 2022



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Maria Luísa Grácio (Universidade de Évora)

Vogais | Gabriela Maria Ramos Gonçalves (Universidade do Algarve) (Arguente)
Maria de Fátima Bernardo (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, e sem a qual a realização desta dissertação não teria sido possível, à Professora Doutora Fátima Bernardo. Agradeço por toda a orientação, disponibilidade, compromisso e dedicação que sempre demonstrou para comigo e para com esta dissertação, assim como muita paciência para todas as minhas dúvidas e esclarecimentos necessários. Tantas foram as vezes em que mostrou ter as palavras certas nos momentos certos para me motivar e para não desistir.

Aos meus pais, por toda a disponibilidade que sempre demonstraram ao ajudar-me em tudo o que estivesse ao seu alcance, e que tornaram o meu percurso académico ao longo destes anos bem mais fácil para mim, em múltiplos aspetos.

Aos meus avós, que, mesmo longe, têm sempre torcido por mim, preocupando-se com o meu futuro académico e profissional.

À Inês, à Joana, ao João, à Andreia, à Patrícia, à Cláudia e à Tânia por todo o apoio, ajuda, preocupação, incentivo, motivação, e presença em todos os momentos e em todas as etapas deste meu percurso académico.

À Doutora Maria João Varela, que sempre me ajudou em tudo o que podia, não sendo esta dissertação uma exceção, oferecendo apoio, incentivo, e a sua experiência pessoal.

Aos alunos da Professora Doutora Fátima Bernardo que me deram uma enorme ajuda na recolha de dados, aumentando de forma bastante significativa a dimensão da amostra da presente investigação. Por último, também à Micaela, minha colega de dissertação, pelo mesmo motivo, assim como por todo o companheirismo e ajuda mútua que me demonstrou ao longo deste ano.

Viver o COVID-19 em Adultos Mais Velhos: Percepção de Risco, Estratégias de *Coping* e Impacto no *Stress* e na Satisfação com a Vida

Resumo

O COVID-19 é um vírus que ataca o sistema respiratório humano, sendo a idade e a existência de doenças associadas os principais fatores de risco (Rothan & Byrareddy, 2020). A pandemia terá repercussões no *stress* e na satisfação com a vida, consoante a forma como os idosos percebem este novo risco de saúde, e que estratégias de *coping* utilizam para lidar com a situação. O principal objetivo desta investigação consistiu em observar a relação entre a percepção de risco, a perspetiva temporal futura e a saúde percebida, no *stress* e na satisfação com a vida, mediada pelos mecanismos de *coping*. Foram inquiridos 260 participantes, a partir dos 60 anos, através de um questionário de respostas fechadas. Os resultados mostraram que as relações diretas do modelo causal resultaram melhor do que as indiretas. Observaram-se também diferenças no grupo etário mais velho (+80).

Palavras-Chave: COVID-19; Percepção de Risco; Estratégias de *Coping*; *Stress*; Satisfação com a Vida.

Living COVID-19 in Older Adults: Risk Perception, *Coping* Strategies and Impact on *Stress* and Life Satisfaction

Abstract

COVID-19 is a virus that attacks the human respiratory system, with age and the existence of associated diseases being the main risk factors (Rothan & Byrareddy, 2020). The pandemic will have repercussions on stress and life satisfaction, depending on how the elderly perceive this new health' risk, and what coping strategies they use to deal with the situation. The main aim of this investigation is to observe the relationship between risk perception, future time perspective and perceived health, on stress and life satisfaction, mediated by coping mechanisms. We surveyed 260 participants, over 60 years old, using a closed-ended questionnaire. The results showed that the direct relationships of the causal model worked better than the indirect ones. There's also differences in the oldest group (+80).

Keywords: COVID-19; Risk Perception; Coping Strategies; Stress; Life Satisfaction.

Índice

1. Introdução	9
2. Enquadramento Teórico.....	9
2.1. COVID-19	9
2.2. Perceção de Risco.....	11
2.3. Saúde Percebida.....	16
2.4. Perspetiva Temporal Futura.....	17
2.5. Satisfação com a Vida	18
2.6. Stress.....	19
2.7. Estratégias de Coping	20
3. Formulação do Problema de Investigação	23
3.1. Hipóteses	24
4. Método	25
4.1. Recolha de Dados	25
4.2. Participantes.....	25
4.3. Instrumentos	27
4.3.1. Análise da Consistência Interna dos Instrumentos	30
4.4. Procedimento	30
5. Resultados	31
5.1. Procedimento de Análise dos Dados	31
5.2. Análise Fatorial Exploratória.....	31
5.3. Comparação entre os Três Momentos	32
5.4. Comparação de Grupos por Momentos e Idades.....	33
5.5. Análise do Modelo Causal.....	34
6. Discussão	36
7. Conclusão.....	41
8. Referências Bibliográficas	42
ANEXOS	51

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra em Cada Momento</i>	26
Tabela 2. <i>Distribuição da Amostra por Grupo Etário, Género e Momentos</i>	27
Tabela 3. <i>Valores da Consistência Interna</i>	30
Tabela 4. <i>EPRC – Análise Fatorial Exploratória: Pesos Fatoriais, Variância Explicada e Consistência Interna</i>	32
Tabela 5. <i>Resultados da ANOVA de Medidas Repetidas</i>	33
Tabela 6. <i>Resultados da ANOVA para o Grupo Etário 3 (+80 anos)</i>	34

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Modelo Causal da H3 e da H3a)</i>	24
Figura 2. <i>Modelo da H3 e da H3a) após Análise Estatística</i>	35

Índice de Anexos

Anexo A. Termo de Consentimento Informado.....	52
Anexo B. Questionário de Percepção de Saúde	53

Lista Braquigráfica

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

E.g. – “Por exemplo”

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

AFE – Análise Fatorial Exploratória

EPRC – Escala de Perceção de Risco de COVID-19

1. Introdução

A 11 de março de 2020 foi declarada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia de COVID-19 em todo o mundo (COVID, 2020), tendo sido algo que teve impacto, de alguma forma, na vida de todos nós. Contudo, é de conhecimento geral que esta doença tem um maior impacto e maiores taxas de mortalidade nos adultos mais velhos (> 60 anos) (Teixeira et al., 2020; Direção Geral de Saúde, 2021), ou quando existem outras doenças associadas (Direção Geral de Saúde, 2020; World Health Organization, 2020). O COVID-19 constitui-se como sendo um risco novo, desconhecido e assustador (Aven & Bouder, 2020; Cori et al., 2020), sendo algo que nunca ninguém experienciou e sobre o qual há pouca informação disponível.

A investigação realizada nos últimos meses sobre este assunto tem salientado que a situação pandémica, possivelmente, tem impacto nos níveis de *stress* (Dymecka et al., 2021; Whitehead, 2021), bem como na satisfação com a vida dos adultos mais velhos (Bidzan-Bluma et al., 2020; Qi et al., 2020). Mas o impacto desta pandemia sobre os mais velhos depende também de como estes lidam e gerem as situações *stressantes*, e como enfrentam e lidam com este perigo iminente de COVID-19. Ou seja, por outras palavras, as estratégias de *coping* que os adultos mais velhos utilizam perante o risco de COVID-19.

Ademais, importa considerar outros fatores relevantes associados à perceção de riscos de saúde nos idosos, como a sua saúde percebida (Ahn et al., 2020), e as suas perspetivas de tempo futuro face a esta ameaça sobre o seu grupo etário (Holman & Grisham, 2020).

Em suma, perante uma pandemia que afeta sobretudo a população mais idosa, torna-se importante perceber em que medida a perceção de risco e a perceção das capacidades físicas dos adultos mais velhos (nomeadamente, a saúde percebida e as perspetivas futuras) têm impacto, tanto no *stress* como na satisfação com a vida, sendo esta relação mediada pelos mecanismos de *coping*.

2. Enquadramento Teórico

2.1. COVID-19

O coronavírus é um vírus que ataca, principalmente, o sistema respiratório do ser humano (Rothan & Byrareddy, 2020), e o COVID-19 é a doença que surge aquando de uma infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) (Direção Geral de Saúde, 2020). Os primeiros

casos de COVID-19 surgiram em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, apresentando um diagnóstico inicial de uma pneumonia de causa desconhecida (Rothan & Byrareddy, 2020). Até novembro de 2021, já foram registados, em todo o mundo, mais de 260 milhões de casos de COVID-19, e mais de 5 milhões de mortes (World Health Organization, 2021). O período de aparecimento dos sintomas do COVID-19 é, em média, até 14 dias, sendo este um aspeto que varia de paciente para paciente (Rothan & Byrareddy, 2020). Os sintomas do COVID-19 são febre, tosse, falta de ar ou dificuldade em respirar, fadiga, dores musculares, dor de garganta, dor de cabeça, diarreia, perda de olfato e/ou perda de paladar (Direção Geral de Saúde, 2020; Rothan & Byrareddy, 2020; Wang et al., 2020; World Health Organization, 2020). Os casos mais graves de COVID-19 podem levar a problemas cardíacos, insuficiência respiratória, síndrome respiratória aguda grave, e morte (Wang et al., 2020).

Ao contrário de outras doenças respiratórias, a mortalidade por COVID-19 aumenta com a idade, sendo as crianças o grupo menos suscetível à morte (Costa et al., 2020). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), um dos principais fatores de risco na contração desta doença é a idade. Os idosos com idade superior a 70 anos apresentam-se como sendo mais vulneráveis a contrair o COVID-19, e os idosos com idade superior a 80 anos apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada do que em qualquer outra faixa etária (Costa et al., 2020). Segundo Teixeira e colegas (2020), em diversos países, os óbitos em indivíduos com mais de 60 anos de idade correspondem a mais de 90% dos óbitos totais. Olhando para os dados de Itália e de Espanha (sendo países que têm sido bastante afetados pela pandemia e sendo geograficamente próximos), em Itália 95.1% das mortes encontram-se acima dos 60 anos, sendo que destes, mais de 40% foram idosos entre os 80 e os 89 anos, e 29% entre os 70 e os 79 anos de idade. Em Espanha, na faixa dos 60 anos de idade a mortalidade é de 8.8%, enquanto que a faixa dos 70 anos corresponde a 26% dos óbitos. A faixa etária de mais de 80 anos representa 60.4% dos óbitos (Teixeira et al., 2020). Contudo, não é apenas a idade que se constitui como um fator de risco, a pré-existência de doenças crónicas em pessoas de qualquer idade, mas em especial, com mais de 60 anos, constitui-se também como um fator de risco perante uma infeção de COVID-19 (Direção Geral de Saúde, 2020). A DGS e a OMS destacaram as seguintes patologias de risco: doenças cardíacas, doenças pulmonares, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doenças oncológicas e doenças auto-imunes (bem como os tratamentos das mesmas), infeção por HIV/SIDA e doentes transplantados. Tanto a idade como os problemas de saúde fazem com que estes indivíduos possuam um sistema imunitário mais debilitado, estando mais expostos, e

assim, mais propensos a desenvolver a doença, fazendo com que esta progrida mais rapidamente (Rothan & Byrareddy, 2020).

Em Portugal, até novembro de 2021 já foram registados mais de 1 milhão de casos de COVID-19 e mais de 18.000 óbitos. O sexo feminino é o que tende a apresentar mais casos confirmados, contudo, o sexo masculino é o que apresenta maior número de óbitos. As faixas etárias mais avançadas (> 60 anos) apresentam menor número de casos confirmados, mas uma maior taxa de mortalidade. Relativamente aos óbitos por faixa etária, estes acontecem por ordem crescente, ou seja, quanto mais idade, mais probabilidade de se morrer da doença (Direção Geral de Saúde, 2021).

A pandemia de COVID-19 forçou a que os governos de todo o mundo implementassem medidas para que o impacto da doença fosse menor, em especial nesta faixa etária. Estas medidas incluem, entre muitas outras, o distanciamento social, o uso de máscara, e regras de isolamento social (Daoust, 2020). É recomendado a esta população que permaneça em casa e que restrinja as suas deslocações, sempre que possível. Sendo este um grupo de risco, é expectável que seja o grupo mais cuidadoso e obediente a seguir todas as medidas preventivas (Daoust, 2020; Dourado, 2020). As informações transmitidas pelas autoridades devem conter dados sistemáticos e evidências suficientes, uma vez que os cidadãos possuem pouco conhecimento, precisando assim, de ser informados e educados relativamente ao risco, pois as suas perceções de risco são, muitas vezes, enviesadas e mal informadas (Gui et al., 2018).

2.2. Perceção de Risco

Os seres humanos têm a capacidade de alterar o ambiente, assim como, de responder ao mesmo, o que, por sua vez, cria e reduz o risco (Slovic, 1987). A perceção de risco é uma experiência interpessoal influenciada por fatores sociais, culturais, económicos e políticos, que conduz a julgamentos intuitivos que determinam o modo como as pessoas percecionam e se comportam perante situações perigosas (Slovic, 1987). É uma construção social e é influenciada pela cultura, pois está integrada em sistemas de crenças, ideais e valores (Dake, 1992; Nelkin, 1989).

A análise do risco é focada na probabilidade dos eventos e na magnitude das consequências. Contudo, o que os indivíduos entendem como ameaças ao seu bem-estar e como

avaliam a probabilidade e a magnitude não é mediante uma forma científica, mas sim consoante atitudes, valores, influências sociais e identidade cultural (Renn et al., 1992).

A percepção de risco representa, para além de informações numéricas, também a pertinência das informações disponíveis, fatores afetivos e experiências pessoais (Finucane et al., 2000), pois por exemplo, os indivíduos percebem que o risco para uma dada doença é maior se alguém da sua família já a tiver tido. A frequência da exposição de uma ameaça nos *media* também influencia a formação das percepções de risco, pois o cérebro procura pelas informações que se encontram mais salientes e disponíveis, de modo a formar a percepção de risco (Kahneman et al., 1982). Para além disto, desde os estudos psicométricos da percepção de risco (e.g., Fischhoff et al., 1981) que sabemos que quanto mais presente estiver um perigo e se este for visto como incontrollável ou temível, mais a percepção de risco tende a ser pessimista. A nível afetivo, os indivíduos que sentem medo também tendem a ter níveis mais elevados de percepção de risco (Ferrer & Klein, 2015). Zajonc (1980) refere que, face a um estímulo, automaticamente ocorrem as reações afetivas, e estas, por sua vez, vão orientar e influenciar o processamento e julgamento da informação (Finucane et al., 2000; Slovic et al., 2005).

Kasperson e colegas (1988) criaram o conceito de amplificação social do risco, que refere que os riscos interagem com processos sociais, psicológicos, culturais e institucionais, podendo aumentar ou atenuar as percepções de risco dos indivíduos, assim como moldar os comportamentos de risco. Nesta abordagem de amplificação social do risco, este é considerado como uma construção social e, simultaneamente, como uma particularidade objetiva de um perigo (Renn et al., 1992). A amplificação social do risco é dinâmica, pois tem em conta as interações sociais e as aprendizagens que resultam da experiência com o risco (Kasperson et al., 1988). A experiência de risco não se constitui como um termo literal, mas sim, como o resultado da aprendizagem dos indivíduos a adquirir ou criar as interpretações dos perigos (Renn et al., 1992). O processo de amplificação acontece quando os indivíduos selecionam e interpretam as características específicas dos perigos de acordo com as suas percepções, e as comunicam a outros indivíduos, agindo assim como “estações de amplificação” (Renn et al., 1992). A experiência pessoal direta com um risco pode atuar como um amplificador ou como um atenuador do risco. Contudo, quando não existe experiência pessoal ou esta é muito reduzida, os indivíduos tendem a aprender sobre o risco com os outros, ou com os *media* (Kasperson et al., 1988).

As percepções de risco são, muitas vezes, dotadas de enviesamentos e heurísticas (Kasperson et al., 1988), que tanto podem ser cognitivas (e.g., Böhm & Tanner, 2013; Tversky & Kahneman, 1974; Camilo & Lima, 2010) como afetivas (e.g., Böhm & Tanner, 2013; Slovic et al., 2005). Os indivíduos tendem a utilizar estratégias mentais, com o objetivo de retirar sentido de um mundo que é incerto. Por vezes estas estratégias levam a enviesamentos persistentes e com implicações para a avaliação de risco (Slovic, 1987).

Fischhoff e colegas (1978), num estudo clássico, desenvolveram o paradigma psicométrico, com o objetivo de elaborar representações quantitativas ou “mapas cognitivos” das atitudes e percepções de risco dos indivíduos (Slovic, 1987). Os autores pediram a diversos indivíduos que avaliassem 30 eventos com perigo potencial considerando 9 dimensões qualitativas, em escalas de *Likert* de 7 pontos, sendo elas: voluntariedade do risco; imediatismo do efeito; conhecimento do risco (avaliando duas dimensões); controlo sobre o risco; novidade; crónico/catastrófico; comum/assustador; e a gravidade das consequências. Os resultados mostraram a existência de dois fatores na percepção de riscos: o risco tecnológico, e a gravidade do risco (Fischhoff et al., 1978; Lima, 1993; Slovic et al., 1985).

Num estudo posterior com 90 eventos e 10 dimensões de avaliação do risco, os resultados mostraram a existência de três fatores: (1) “risco terrível”, constituído pela percepção de falta de controlo, medo, potencial catastrófico e consequências fatais; (2) “risco desconhecido”, definido por riscos não observáveis, novos, desconhecidos, e com consequências retardadas; e (3) “número de pessoas expostas ao perigo” (Fischhoff et al., 1978; Lima, 1993; Slovic, 1987; Slovic et al., 1985).

Os autores do paradigma psicométrico chegaram a diversos resultados ao considerarem a multidimensionalidade do risco. Observaram que a percepção de risco é quantificável, previsível, e que as dimensões não se correlacionam de igual forma. Descobriram que o risco tem diferentes significados para diferentes indivíduos, e constataram que o fator de medo se associa fortemente e positivamente às percepções de risco dos indivíduos, mas que, por outro lado, o fator de risco desconhecido não se associa de forma forte à percepção de risco (Lima, 1993; Slovic, 1987; Slovic et al., 1982).

O estudo dos riscos de saúde não difere do estudo dos restantes tipos de riscos. Contudo, ainda que nos restantes riscos também se verifique, nos riscos de saúde é particularmente pertinente desenvolver modelos que conectem a representação cognitiva dos riscos e a previsão do comportamento dos indivíduos (Camilo & Lima, 2010).

A investigação tem mostrado que os indivíduos tendem a mostrar um otimismo irrealista em relação à sua saúde e à possibilidade de serem afetados por doenças ou outra situação negativa (Bränström & Brandberg, 2010; Ferrer & Klein, 2015). O otimismo irrealista é um enviesamento muito comum, que afeta de forma negativa a precisão da perceção de risco, e faz com que os indivíduos estimem uma probabilidade extremamente baixa relativamente à sua suscetibilidade ao risco (Chen et al., 2017; Ferrer & Klein, 2015; Khan & Chreim, 2019). Este enviesamento tem o objetivo de aumentar a autoestima individual, levando assim, a um aumento da satisfação pessoal, pois os indivíduos tendem a esperar que eventos positivos aconteçam a si próprios (Bränström & Brandberg, 2010).

Alguns riscos de saúde que são alvo de uma grande atenção e acerca dos quais há muita informação disponível, são, muitas vezes, os mais subestimados pelos indivíduos, como por exemplo, o tabagismo ou ter uma alimentação inadequada (Needham et al., 2017). Em casos onde já existe uma experiência ou um contacto direto com os riscos de saúde, acaba por existir uma redução da perceção de vulnerabilidade face ao risco e uma sobreavaliação da competência individual para enfrentar o risco (Camilo & Lima, 2010). Isto é justificado pelo Modelo da Adaptação Cognitiva (Taylor, 1983), em que a resposta a uma ameaça suscita um processo de adaptação, levando a um aumento irreal da perceção de controlo e de uma perspetiva otimista face ao futuro. No entanto, é fulcral que os indivíduos percecionem a própria suscetibilidade real face aos perigos, para que possam então executar comportamentos autoprotetores (Bränström & Brandberg, 2010).

Uma outra questão relevante nos riscos de saúde é a transmissão de mensagens e informações aos indivíduos, e a forma como esta é feita. Não basta prover os indivíduos de informações, pois a investigação tem mostrado que quando as mensagens de saúde são significativas para o próprio, este tenta controlar a gravidade do risco face à sua saúde, processa as informações subjetivamente, e questiona as informações recebidas (Khan & Chreim, 2019).

Relativamente à perceção de risco face ao COVID-19, esta constitui-se como um possível fator de alteração da evolução pandémica, pois pode influenciar o número de novos casos da doença (Cori et al., 2020). Os indivíduos tendem a ser influenciados pelas estatísticas do número de infetados e de óbitos, o que pode expandir o perigo, e, por sua vez, despoletar emoções negativas. A memória evoca facilmente estas informações recebidas todos os dias através dos *media* ou de pessoas com quem se contacta diariamente, levando a uma

amplificação do risco, a reações desmedidas, ou a comportamentos descuidados (Aven & Bouder, 2020).

O risco de COVID-19 tem diversas características que podem contribuir para o aumento das percepções de risco. Constitui-se como sendo um risco involuntário e incontrolável. Além disto, é abrangido pelas duas dimensões principais: é um risco desconhecido, e é um risco assustador. Tem também as particularidades de ser um risco novo, catastrófico, com efeitos retardados, e que traz prejuízos. Em adição, em muitos casos, não há confiança em quem lida e gere o risco (Aven & Bouder, 2020; Cori et al., 2020).

A investigação tem mostrado que quem tem uma experiência direta e pessoal com o COVID-19, tende a perceber o risco como maior. Por sua vez, numa pandemia, o risco percebido pode influenciar o comportamento dos indivíduos, nomeadamente os comportamentos de proteção. Tem sido demonstrado que percepções de risco maiores tendem a levar a uma maior frequência de comportamentos de proteção face ao COVID-19. Contudo, por outro lado, a constância destes mesmos comportamentos, podem diminuir as percepções de risco (Dryhurst et al., 2020; Wise et al., 2020). Num estudo de Bruin & Bennett (2020), a adoção de comportamentos de proteção face ao COVID-19 deveu-se ao querer reduzir o risco de infeção.

No que concerne a variáveis sociodemográficas e a sua relação com a percepção de risco de COVID-19, o sexo masculino foi associado a percepções de risco mais baixas, sendo este grupo o de maior risco face à doença, comparativamente com o sexo feminino (Dryhurst et al., 2020). Já num estudo de Wise e colegas (2020), os autores relataram que indivíduos com um nível de escolaridade mais elevado, nomeadamente, com o ensino superior, mostraram a adoção de mais comportamentos de proteção e prevenção, bem como um aumento do risco pessoal percebido.

A percepção de risco está, muitas vezes, dependente do otimismo dos indivíduos, e no risco de COVID-19 parece não ser exceção (Raude et al., 2020). Num estudo de Raude e colegas (2020), metade dos participantes consideraram que seria menos provável eles próprios serem infetados por COVID-19 do que os outros, existindo aqui um otimismo irreal muito marcado. Tendo este estudo abrangido diversos países e grupos sociodemográficos, foi evidenciado que os franceses, as mulheres e os indivíduos com um nível mais baixo de escolaridade foram os que demonstraram um maior otimismo irreal nos seus julgamentos de risco comparativos. Os resultados mostraram que os indivíduos na Europa se mostravam mais suscetíveis a um otimismo irreal do que a um pessimismo excessivo, face ao risco de infeção por COVID-19.

2.3. Saúde Percebida

Numa abordagem biopsicossocial, a saúde é vista como sendo multidimensional, incluindo também fatores psicológicos e sociais, não sendo apenas a “ausência de doenças” (Berg et al., 2012). Segundo a OMS (citado por Berg et al., 2012), “saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social”.

A saúde percebida ou percepção de saúde define-se sendo a avaliação subjetiva de um indivíduo face à sua própria saúde (Henchoz et al., 2008). A saúde, assim como a percepção de saúde dos adultos mais velhos, tende a diminuir com o avançar da idade (Liu et al., 2019). Diversas evidências mostram que a percepção de saúde dos idosos pode ser predita pela sua saúde funcional, as suas perturbações físicas, e/ou a sua saúde mental (Henchoz et al., 2008).

Segundo Fenner (2002), fatores sociodemográficos como o género, a idade, o estado civil ou as habilitações literárias podem modificar a saúde percebida dos indivíduos. Num estudo de Ferraro (1980) (citado por Fenner, 2002), no que concerne ao género, os homens tendem a ter uma percepção de saúde mais baixa do que as mulheres, sendo as mulheres idosas mais otimistas relativamente à sua própria saúde. No que concerne às habilitações literárias, os idosos mais instruídos têm uma percepção de saúde mais positiva. Para além disto, ainda no mesmo estudo, os idosos com mais de 75 anos de idade revelaram-se menos propensos a perceber o declínio da sua saúde de uma forma negativa, pois demonstraram-se mais otimistas relativamente à sua própria saúde, classificando-a como “excelente”.

O COVID-19 pode afetar várias dimensões da percepção de saúde a curto prazo, e de diferente forma (Ahn et al., 2020). Uma reduzida saúde percebida associa-se a uma pior saúde mental e a um maior risco de infeção e de mortalidade por COVID-19 (Buneviciene et al., 2021). O isolamento social provocado pela pandemia, e sobretudo o isolamento social percebido, pode levar a um maior risco de doenças cardiovasculares, autoimunes, e neurocognitivas, com maior destaque na população idosa (Bidzan-Bluma et al., 2020).

O confinamento e os medos sobre o COVID-19 levaram a um aumento do *stress* por parte dos adultos mais velhos. Para além disto, o facto de serem mais vulneráveis e de poderem contrair COVID-19, também contribui para maiores níveis de *stress* (Bidzan-Bluma et al., 2020). Segundo Ice e colegas (2008), o *stress* pode levar a diversos problemas de saúde, como cardiovasculares, imunológicos, gastrointestinais e/ou endócrinos, sendo que os idosos se encontram ainda mais vulneráveis face às consequências do *stress*. Segundo Buneviciene e colegas (2021), indivíduos com uma reduzida percepção de saúde tendem a perceber o COVID-

19 como uma maior ameaça, sentindo medo da mesma, e levando, por sua vez, a um aumento do *stress*.

Para além de a pandemia de COVID-19 se constituir como uma ameaça à saúde física e mental, também se constitui como uma ameaça à satisfação com a vida. A satisfação com a vida associa-se de forma forte e positiva à saúde percebida. Em indivíduos com problemas de saúde graves, a pandemia pode ter uma correlação mais forte com a satisfação com a vida, do que propriamente em indivíduos que não apresentem problemas de saúde. Indivíduos com problemas de saúde graves e que morem sozinhos faz com que seja evidente uma maior diminuição na satisfação com a vida (Bakkeli, 2021).

2.4. Perspetiva Temporal Futura

O envelhecimento está ligado à consciência de finitude, ou seja, à experiência de uma perspetiva de tempo futuro limitada. À medida que os indivíduos envelhecem, tendem a perceber o seu futuro como mais restrito, isto porque se aproximam cada vez mais do fim da sua vida, o que pode ser uma experiência assustadora (Weiss & Lang, 2012).

No cerne da Teoria da Seletividade Emocional (Carstensen, 1992) está o conceito de perspetiva de tempo futuro, que diz respeito à consciência e sub-consciência dos indivíduos e à percepção do tempo restante que têm de vida (Chaouali, et al., 2020). O conceito de perspetiva de tempo futuro remete para o total de tempo que os indivíduos acreditam ter de futuro e a sua percepção face a esse mesmo tempo. É um conceito flexível, cognitivo-motivacional e ligado à idade, sofrendo alterações ao longo do tempo. É um espectro, variando de expansivo a limitado, no que concerne ao tempo restante. A perspetiva de tempo futuro é composta por duas dimensões qualitativas: o foco nas oportunidades, onde o futuro é percebido de forma positiva, focando-se nos objetivos e nos planos para alcançar no tempo de vida restante; e o foco nas limitações, onde são percebidas limitações e restrições, sendo este o foco do tempo de vida restante, concentrando-se sobretudo nas suas perdas e limitações (Zacher & Frese, 2009).

A Teoria da Seletividade Emocional refere que o tempo restante de vida do indivíduo se associa fortemente e negativamente à idade cronológica, ou seja, quanto maior a idade, menor a percepção de tempo restante de vida (Liao & Carstensen, 2018). Strough et al. (2016) referenciados por Liao & Carstensen (2018), observaram que diversos indivíduos com cerca de 50 anos percecionavam as suas oportunidades no futuro como limitadas, sendo esta questão

ainda em maior escala em indivíduos com cerca de 60 anos, mencionando a sensação de que o tempo se está a esgotar. Liao & Carstensen (2018) referem que perceber muitas oportunidades no futuro pode ter uma grande importância no bem-estar.

A perspectiva de tempo futuro pode ser bastante mais enriquecedora no que concerne ao conhecimento da saúde, da motivação, e do estado funcional do indivíduo, do que a própria idade cronológica. A perspectiva de tempo futuro também tem influência no bem-estar subjetivo, na tomada de decisão, no estabelecimento de objetivos, e nos comportamentos, nomeadamente, comportamentos relativos à saúde (Griva et al., 2015; Liao & Carstensen, 2018).

Ter uma percepção e orientação de tempo futuro é essencial para o bem-estar, mas adquire ainda uma maior importância no confronto com adversidades. A pandemia de COVID-19 distorceu a percepção de tempo e de futuro, ou seja, mostrou que o futuro não é garantido, controlável ou conhecido, mas sim, incerto e inseguro. Isto pode levar a consequências a nível da saúde, do *stress*, e do bem-estar. Devido a todas as alterações que a pandemia provocou, a população, de uma forma geral, questiona-se sobre o que o futuro trará, tanto num futuro próximo como num futuro mais longínquo (Holman & Grisham, 2020).

2.5. Satisfação com a Vida

Segundo Liu e colegas (2019), a satisfação com a vida corresponde a “uma sensação subjetiva de bem-estar que alude à felicidade geral de alguém com a vida” (p. 1). A satisfação com a vida remete para uma avaliação global da vida no seu todo, e não apenas uma avaliação cognitiva, podendo ser representada num *continuum* (Bakkeli, 2021; Bizdan-Bluma et al., 2020). Veenhoven (2008) (citado por Bakkeli, 2021) referiu que os indivíduos, ao fazerem esta avaliação, se baseiam muitas vezes em “informações afetivas de como se sentem na maioria das vezes – nível de afeto hedónico”. Consiste numa noção subjetiva e que pode ser influenciada pelo humor e estado de espírito do indivíduo no momento, podendo, assim, variar (Bizdan-Bluma et al., 2020).

A satisfação com a vida refere-se a uma avaliação geral da qualidade de vida do indivíduo, de acordo com os seus próprios critérios (Neto, 1993). Contudo, esta avaliação depende dos padrões de comparação que o indivíduo aplica, sendo que estes não devem ser impostos por outrem. É também influenciada pelas características do indivíduo e pelos recursos que este tem disponíveis (Shin & Johnson, 1978). Os indivíduos não devem somar a sua

satisfação pessoal em diferentes áreas, de modo a obter uma medida de satisfação com a vida, mas sim, considerar a satisfação com a vida como um todo, sendo esta a forma mais adequada de ser avaliada (Neto, 1993).

À medida que se envelhece, os níveis de satisfação com a vida tendem a baixar. Diversos estudos têm demonstrado que a saúde, e sobretudo a saúde percebida, têm um grande impacto na satisfação com a vida dos adultos mais velhos, constituindo-se até como um preditor da mesma. Alguns estudos relatam que a diminuição da capacidade funcional dos adultos mais velhos leva a níveis mais baixos de satisfação com a vida. Outros estudos referem que uma maior percepção de saúde leva a níveis mais altos de satisfação com a vida, assim como uma menor saúde percebida leva a níveis mais baixos de satisfação com a vida (Liu et al., 2019).

Todas as restrições impostas devido à pandemia de COVID-19 tiveram repercussões em diversos aspetos da vida diária dos indivíduos, sendo um deles, na satisfação com a vida (Qi et al., 2020). Dymecka e colegas (2021) mencionaram que o medo de COVID-19 leva a uma diminuição na satisfação com a vida, e que esta se associa de forma negativa ao *stress* e ao medo de COVID-19. Bidzan-Bluma e colegas (2020) referem que um maior nível de escolaridade pode estar associado a uma maior satisfação com a vida nos adultos mais velhos perante a pandemia de COVID-19.

2.6. Stress

O *stress* consiste numa resposta psicobiológica e adaptativa respeitante a uma exigência interna ou externa ao indivíduo. O evento *stressor*, tendo um papel de fator desencadeador, ativa esta resposta. Todos estes fenómenos provocados pelo organismo constituem a reação ao *stress* (Talarico et al., 2009).

O *stress* psicológico consiste numa relação entre o indivíduo e o meio ambiente onde existem demandas que o indivíduo avalia como estando a sobrecarregar ou a ultrapassar os seus recursos de *coping*, e a prejudicar o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984; 1986).

O *stress* depende de uma interação complexa e duradoura entre o indivíduo e o meio ambiente. Não é possível definir o conceito de *stress* sem incluir estes dois sistemas, pois o indivíduo influencia o meio ambiente, e este, por sua vez, influencia o indivíduo (Biggs et al., 2017; Lazarus & Folkman, 1986). Ou seja, o *stress* resulta das características do indivíduo, como os recursos, as crenças, os valores ou as experiências anteriores, e das características do

contexto, como o meio cultural, histórico e geográfico, por exemplo (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Whitehead, 2021). O fenómeno de *stress* é relativo, complexo, mediado cognitivamente, e contém mudanças frequentes (Biggs et al., 2017; Lazarus & Folkman, 1986).

Os indivíduos, no seu ambiente, encontram-se numa avaliação contínua dos estímulos que se apresentam no mesmo. A avaliação consiste num processo imediato, intuitivo, automático e não deliberado. Se esses estímulos forem avaliados como ameaçadores, prejudiciais ou desafiadores, então constituem-se como *stressores*. A avaliação da existência de *stressores* faz com que seja provocado sofrimento no indivíduo. A partir do mesmo, são ativadas estratégias de *coping*, de modo a enfrentar o *stressor* ou a controlar as emoções despertadas pelo mesmo (Biggs et al., 2017; Lazarus & Folkman, 1984). O facto de os indivíduos estarem constantemente expostos a perigos no seu meio ambiente, faz com que estejam repetidamente submetidos a *stress*, afetando de forma negativa a sua qualidade de vida (Vazquez, 2001).

Uma pandemia é promotora do aumento dos níveis de *stress*, pelo que os adultos mais velhos, para além de serem mais vulneráveis face à pandemia, também o são relativamente aos efeitos do *stress* (Dymecka et al., 2021; Ice et al., 2008). O aumento do *stress* nos adultos mais velhos não se refere apenas ao medo de contrair uma infeção por COVID-19, mas por tudo o que a pandemia implica, como o confinamento, a falta de contacto social, a incerteza relativa à doença, mudanças no seu estilo de vida, ou a perda de familiares e/ou amigos (Bidzan-Bluma et al., 2020; Dymecka et al., 2021). No entanto, ainda que a pandemia de COVID-19 seja experienciada por todos os indivíduos, a experiência de *stress* vivida por cada indivíduo é diferente (Whitehead, 2021).

2.7. Estratégias de Coping

Lazarus & Folkman (1984) definiram o *coping* como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir demandas externas e/ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo” (p. 141). O *coping* abrange ações intencionais e conscientes adotadas pelo indivíduo quando este avalia um evento como *stressor* (Lazarus & Folkman, 1984 citado por Biggs et al., 2017).

Lazarus & Folkman (1984) (citado por Chao, 2011), propuseram que o *coping* tem uma grande influência no impacto do *stress* percebido, isto porque as estratégias de *coping* permitem

reduzir o *stress*. As estratégias de *coping* traduzem-se em mecanismos para lidar com situações *stressantes*, atuando como um processo de adaptação, domínio, defesa consciente, e de proteção psicológica dos indivíduos. As estratégias de *coping* são influenciadas pelas características da situação, bem como pelas características do próprio indivíduo (Vazquez, 2001). O indivíduo realiza esforços, nomeadamente, ações e pensamentos, de modo a gerir o *stress* derivado de um evento *stressante* ou perigoso, sendo o *coping* um estabilizador que leva o indivíduo a preservar o seu equilíbrio psicológico (Navarro et al., 2020; Strutton & Lumpkin, 1994). Estas podem ser ou não efetuadas com sucesso (Strutton & Lumpkin, 1994).

As estratégias de *coping* exercem duas funções, sendo que uma delas tende a ser predominante em cada indivíduo: a regulação de emoções *stressantes*, e a modificação do ambiente do indivíduo, contribuindo, desta forma, para a proteção de eventos que prejudiquem a estabilidade psicológica dos indivíduos (Lopez-Vazquez & Marvan, 2003; Strutton & Lumpkin, 1994).

As estratégias de *coping* podem diferir de duas formas distintas: as estratégias de *coping* focadas no problema e as estratégias de *coping* focadas na emoção.

Segundo Lazarus & Folkman (1984) (citado por Chao, 2011), o *coping* focado no problema diz respeito ao envolvimento, à ação ou à mudança do *stress* percebido, fazendo com que este seja possível de ser gerido ou dominado. Este tipo de *coping* inclui fatores cognitivos, afetivos e comportamentais (Heppner et al., 1995). O foco na resolução de problemas faz com que seja provocado um estado de alerta no indivíduo, onde este tenta resolver o problema, fazendo com que tome consciência e utilize os seus recursos, de modo a suprimir eficazmente o *stressor* (Heppner et al., 1995; Navarro et al., 2020; Strutton & Lumpkin, 1994). O *coping* focado no problema integra o uso de estratégias como: *brainstorming* de ideias; elaboração de opções onde se avaliam os aspetos positivos e negativos; criação de etapas de resolução do problema; assumir responsabilidade; ou autocontrolo (Baker & Berenbaum, 2007; Biggs et al., 2017; Strutton & Lumpkin, 1994).

O *coping* focado na emoção relaciona-se com os pensamentos e os sentimentos resultantes do *stress* (Heppner et al., 1995; Herman & Tetrick, 2009). Permite ao indivíduo regular as emoções que a situação *stressante* lhe provoca, bem como regular o seu sofrimento emocional, fazendo com que não enfrente o problema, utilizando processos defensivos (Baker & Berenbaum, 2007; Talarico et al., 2009). Neste tipo de *coping*, muitas vezes, existe desistência ou retirada, pois envolve negação, distanciamento ou fuga do *stressor*, sendo o

evitamento muitas vezes fomentado (Navarro et al., 2020; Strutton & Lumpkin, 1994). O *coping* centrado na emoção compreende estratégias como: negação; foco e libertação de emoções; reinterpretação positiva de eventos; ou procura de suporte social. Na literatura, a ideia predominante é que estes processos de *coping* são mal-adaptativos. Contudo, a eficácia deste tipo de *coping* depende da estratégia emocional utilizada (Baker & Berenbaum, 2007).

O *coping* focado no problema permite que o indivíduo fique num estado de vigilância e que aborde a questão, enquanto que o *coping* focado na emoção refere-se ao evitamento dos problemas e à gestão da tensão psicológica. O *coping* focado no problema liga-se a uma componente mais cognitiva, sendo mais reflexivo e recorrendo a processos mais externos, e o *coping* focado na emoção a uma componente mais afetiva, sendo mais automático, e recorrendo a processos mais internos. Ou seja, estes dois tipos de *coping* têm em conta diferentes recursos cognitivo-emocionais, levando assim, a diferentes ações e comportamentos perante um risco (Navarro et al., 2020; Navarro et al., 2020). Nenhum dos dois tipos de estratégias de *coping* é mais eficaz, uma vez que há que ter em conta a situação e as características do problema, pois numa dada situação um tipo de *coping* pode ser mais eficaz e numa outra situação, outro (Navarro et al., 2020).

Os autores parece não chegarem a um consenso quanto à existência de uma relação causal entre a perceção de risco e as estratégias de *coping*, no que concerne à exposição a riscos ambientais. Existem diversas evidências que referem que indivíduos com altos níveis de perceção de risco perante riscos ambientais, tendem a usar estratégias de *coping* focadas na emoção, evidenciando aqui uma associação negativa entre estas duas variáveis. Já os indivíduos que tendem a utilizar mais estratégias de *coping* focadas no problema são aqueles que se deparam com riscos com elevada probabilidade de acontecer (Navarro et al., 2020). No que concerne à utilização de uma dada estratégia de *coping*, para além da intensidade do *stress*, deve-se também ter em conta as características e a natureza do evento *stressor*, assim como a forma como o indivíduo julga a sua capacidade de solução ou de controlo da situação (Navarro et al., 2020; Talarico et al., 2020).

No que concerne ao género, a investigação tem mostrado que os homens utilizam um *coping* mais focado no problema, e as mulheres um *coping* mais focado na emoção (Baker & Berenbaum (2007). Já no que respeita à idade, um estudo de Lansbury (2000) comparou as diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas pelos jovens e pelos idosos. Retirou-se deste estudo que os idosos não necessitam tanto de estratégias mediadas internamente e que recorrem

a menos estratégias cognitivas de *coping* do que os jovens. A literatura menciona que os idosos tendem a adotar um estilo de *coping* mais rígido e passivo para enfrentar os eventos das suas vidas. Num estudo de Talarico e colegas (2009), observou-se que os idosos tendem a confrontar o evento *stressor*, tentam regular as emoções provocadas pelo mesmo, e têm pensamentos otimistas. Observou-se um predomínio do *coping* focado no problema, onde se promoveu a mudança, na tentativa de eliminar o problema ou de diminuir o impacto do mesmo. Já nos idosos em que prevaleceu o *coping* centrado na emoção, estes utilizaram processos na base do afastamento do problema ou processos defensivos, na tentativa de mudar o impacto emocional do *stressor*, ou de regular o mesmo. Observou-se que a intensidade do *stress* não varia em função do estilo de *coping* utilizado, pois ambos os estilos se associam ao mesmo grau de intensidade de *stress*.

3. Formulação do Problema de Investigação

Sendo o risco de COVID-19 um risco desconhecido, novo e assustador (entre muitas outras características), e sendo esta uma doença em que o maior impacto incide sobre a população idosa, particularmente quando existem outras co-morbilidades associadas, é pertinente perceber como este risco tem impacto no *stress* e na satisfação com a vida da população desta faixa etária.

Tendo em conta que os adultos mais velhos, de uma forma geral, tendem a ter vários problemas de saúde, considerámos importante incluir a variável de saúde percebida nesta investigação, de modo a perceber como esta população avalia e considera o estado da sua própria saúde, sobretudo perante esta nova ameaça de saúde pública, que é o COVID-19.

Para além desta variável, incluímos também a perspetiva temporal futura, pois sendo os idosos mais vulneráveis ao COVID-19, procurámos observar se a perspetiva temporal futura dos adultos mais velhos se constituiria também como um preditor do *stress* e da satisfação com a vida dos mesmos.

Por último, incluímos os mecanismos de *coping* (focados no problema ou focados na emoção) utilizados pelos adultos mais velhos para lidar com a situação pandémica e com o risco iminente de COVID-19, com o objetivo de observar se se constituem como um mediador da relação dos preditores (perceção de risco de COVID-19, saúde percebida e perspetiva temporal futura) no efeito do *stress* e da satisfação com a vida dos adultos mais velhos.

Em síntese, o objetivo principal desta dissertação é observar a relação entre a percepção de risco de COVID-19, a saúde percebida e a perspetiva temporal futura no *stress* e na satisfação com a vida, sendo esta relação mediada pelos mecanismos de *coping*. Para além deste objetivo principal, pretende-se também observar se existem diferenças significativas nestas variáveis entre os grupos etários ou entre os diversos momentos da recolha de dados. Como a recolha de dados decorreu ao longo de mais de 2 meses em que se verificaram alterações muito significativas no número de mortos e internamentos, assim como nas medidas de confinamento (ver 4.1. Recolha de Dados), considerámos também importante perceber em que medida estas alterações tinham efeitos nas variáveis consideradas.

3.1. Hipóteses

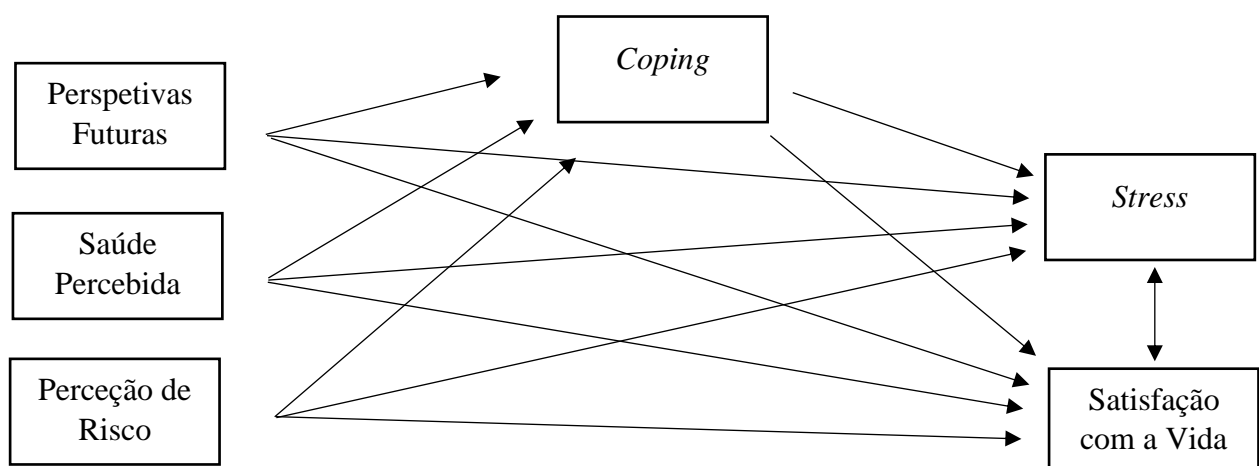
H1: Espera-se observar diferenças significativas entre os três momentos da recolha de dados.

H2: Na comparação entre os três momentos, espera-se verificar menor satisfação com a vida, menor saúde subjetiva, menos perspetivas de tempo futuro, mais *stress* e mais estratégias de *coping* utilizadas nos grupos mais velhos (mais de 80 anos).

H3: A percepção de risco, a perspetiva temporal futura e a percepção de saúde, mediadas pelas estratégias de *coping*, têm impacto no *stress* e na satisfação com a vida.

H3a): No mesmo modelo de mediação, espera-se encontrar uma relação negativa entre o *stress* e a satisfação com a vida.

Figura 1. Modelo Causal da H3 e da H3a)



4. Método

Nesta investigação foi utilizada uma metodologia quantitativa, através de um questionário de perguntas fechadas, constituído por 45 itens, mais 11 itens sociodemográficos (ver anexo B).

4.1. Recolha de Dados

A recolha de dados teve início no dia 16 de dezembro de 2020 e fim no dia 28 de fevereiro de 2021. Durante este período registaram-se mais de 400.000 novos casos de infeção e mais de 10.000 óbitos em Portugal por COVID-19. Tendo a recolha de dados tido a duração de, aproximadamente, dois meses e meio, optou-se por dividir os dados recolhidos em três períodos distintos, devido a todos os acontecimentos alusivos à pandemia, de modo também a tentar perceber e a comparar se existiu alguma alteração a nível das respostas dos participantes. Posto isto, o primeiro momento decorreu desde dia 16 de dezembro de 2020 até dia 26 de dezembro de 2020. O segundo momento aconteceu desde dia 27 de dezembro de 2020 até dia 14 de janeiro de 2021. Por fim, o terceiro momento perdurou desde dia 15 de janeiro de 2021 até dia 28 de fevereiro de 2021.

No primeiro período de recolha de dados já existiam diversas vacinas produzidas contra o COVID-19, estando já a ser administradas, por exemplo, no Reino Unido, provocando algumas reações adversas por parte de alguns indivíduos (e.g., reações alérgicas, paralisias faciais e outros efeitos secundários próprios das respetivas vacinas). Existiam diversas vacinas já desenvolvidas mas apenas duas delas seriam administradas na União Europeia. Neste período verificaram-se 31.194 novos casos de COVID-19 e 737 óbitos em Portugal. No primeiro dia do segundo momento da recolha de dados (dia 27 de dezembro), a primeira vacina foi administrada em Portugal, dando assim, início ao plano de vacinação contra o COVID-19 no país. Entretanto, neste mesmo dia, foi detetado o primeiro caso de COVID-19 na Região Autónoma da Madeira, respeitante a uma estirpe muito mais contagiosa do vírus, oriunda do Reino Unido (variante britânica). Neste segundo momento, registaram-se 132.354 novos casos de infeção e 1.850 mortes. Por fim, no primeiro dia do último momento da recolha de dados (dia 15 de janeiro), Portugal entrou num novo confinamento geral, devido a uma 3ª vaga da doença, e atingiu o *record* de novos casos e de mortes diárias durante este período. O confinamento geral perdurou durante todo o último período da recolha de dados. Durante este período, houve 266.148 novos casos confirmados e 7.656 óbitos por COVID-19 em Portugal.

4.2. Participantes

A amostra da presente investigação é constituída por 260 participantes (N = 260), 142 do género feminino e 118 do género masculino. Do total, 54.6% (N = 146) dos participantes têm entre 60 e 69 anos, 29.2% (N = 76) têm idades compreendidas entre 70 e 79 anos, e 14.6% (N = 38) dos participantes têm idade igual ou superior a 80 anos. A amostra tem uma média de idades de 69.48 e um desvio-padrão de 7 (SD = 7.88).

Os critérios de inclusão neste estudo consistiam em ter pelo menos 60 anos de idade (inclusive), e ser de nacionalidade portuguesa. A amostra caracteriza-se como sendo não probabilística de conveniência, e com efeito bola de neve.

No primeiro momento de recolha de dados participaram 73 sujeitos, dos quais 50.7% (N = 37) são do género feminino. Relativamente à idade, o número de participantes no estudo vai diminuindo com o avançar da idade, verificando-se isto em todos os períodos da recolha de dados. O segundo momento da recolha de dados contou com 127 participantes, dos quais 58.3% (N = 74) são do género feminino. O terceiro e último momento de recolha de dados é composto por 60 participantes, sendo 51.7% (N = 31) do género feminino.

A tabela 1 evidencia a caracterização sociodemográfica da amostra na presente investigação de uma forma mais pormenorizada, abrangendo todas as variáveis sociodemográficas presentes no instrumento utilizado.

Tabela 1. *Caracterização Sociodemográfica da Amostra em Cada Momento*

	1º Momento		2º Momento		3º Momento	
	N	%	N	%	N	%
Género						
Feminino	37	50.7	74	58.3	31	51.7
Total	73	100.0	127	100.0	60	100.0
Grupos Etários						
60-69 anos	45	61.6	69	54.3	32	53.3
70-79 anos	21	28.8	39	30.7	16	26.7
+ 80 anos	7	9.6	19	15.0	12	20
Estado Civil						
Solteiro/a	1	1.3	4	3.1	0	0
União de Facto	1	1.4	2	1.6	4	6.7
Casado/a	43	58.9	91	71.7	40	66.7
Divorciado/a	8	11	16	12.6	1	1.6
Viúvo/a	20	27.4	14	11.0	15	25
Meio onde vive						
Meio Urbano	43	58.9	76	59.8	45*	75.0*
Meio Rural	30	41.1	51	40.2	13*	21.7*

Com quem vive						
Sozinho/a	18	24.6	25	19.7	10*	16.7*
Cônjuge	28	38.4	61	48.0	35*	58.3*
Cônjuge e Filho(s)	15	20.5	29	22.8	11*	18.3*
Outra	12	16.5	12	9.5	3*	5*
Escolaridade						
0	2*	2.7*	2	1.6	1*	1.7*
1-4	23*	31.5*	60	46.5	27*	45*
5-9	17*	21.9*	30	24	17*	28.3*
10-12	19*	27.4*	21	16.7	5*	8.3*
+12	11*	15.1*	14	11.2	9*	15*
Situação Atual						
Reformado/a	55	75.3	85	66.9	42*	70.0*
Trabalhador/a Ativo/a	18	24.7	42	33.1	15*	25.0*
Doenças Associadas						
Sim	46	63.0	86	67.7	36	60.0
Não	27	37.0	41	32.3	24	40.0
Fuma						
Sim	7	9.6	12	9.4	11	18.3
Não	66	90.4	115	90.6	49	81.7
Infeção por COVID-19						
Sim	2	0.8	1	0.8	2	3.3
Não	66	90.4	118	92.9	49	81.7
Não, mas já esteve em isolamento profilático	5	6.3	8	6.3	9	15

Nota: Verificou-se a existência de alguns itens omissos ou inválidos nas respostas dos participantes, pelo que não perfazem o total de respostas. Nos itens e momentos onde isto se verificou, sinalizou-se com a presença de um asterisco (*).

Tabela 2. *Distribuição da Amostra por Grupo Etário, Género e Momentos*

	60-69 anos		70-79 anos		+80 anos		Total
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	
1º Momento	19	26	14	7	4	3	73
2º Momento	39	30	23	16	12	7	127
3º Momento	16	16	9	7	6	6	60
Total	74	72	46	30	22	16	
	146		76		38		260

4.3. Instrumentos

O instrumento utilizado nesta investigação é um questionário de respostas fechadas composto por diversas escalas, sendo que cada uma avalia cada um dos constructos em estudo. A construção do questionário teve como base as seguintes escalas:

(1) *Escala de Percepção de Risco de COVID-19*, composta por 12 itens da Escala de Percepção de Risco de Ser Infetado por COVID-19 e da Escala de Medo de Ser Infetado por COVID-19 (Gerhold, 2020), que pretende medir as dimensões qualitativas que podem ser atribuídas ao risco de COVID-19 – itens 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14; e 2 itens do Modelo de Crenças de Saúde (Ko et al., 2020), de modo a medir a gravidade e a confiança percebidas face ao risco de COVID-19 – itens 5 e 6.

Todos estes itens foram traduzidos e adaptados através de um processo de tradução e retradução, em que numa primeira versão foi realizada a tradução literal da língua inglesa para a língua portuguesa feita por duas investigadoras fluentes em inglês, sendo uma delas especialista na área da Psicologia, que posteriormente compararam as duas traduções e chegaram a uma. Numa versão seguinte, foi comparada a tradução e retradução chegando-se a uma versão final. Por fim, o questionário foi respondido por alguns indivíduos da faixa etária dos 18-25 anos, em que alguns deles inclusive são da área da Psicologia, e que se encontram familiarizados em responder a questionários. Posto isto, recebemos o seu *feedback* relativamente aos itens e à tradução dos mesmos e a como estes poderiam ser percebidos pela população de mais de 60 anos de idade. Após todo este procedimento, chegou-se então à versão final desta escala.

Todos os itens mencionados acima perfazem um total de 14 itens, constituindo-se, assim, a Escala de Percepção de Risco de COVID-19. Os itens 3, 4, 5 e 6 foram respondidos numa escala tipo Likert de 7 pontos, sendo: (1) “Muito Improvável” a (7) “Muito Provável”; (1) “Pouco Grave” a (7) “Muito Grave”; (1) “Sem Confiança” a (7) “Muito Confiante”. Os restantes 10 itens foram respondidos numa escala tipo Likert de 7 pontos, de: (1) “Discordo Totalmente” a (7) “Concordo Totalmente”.

Para efeitos da análise de dados, os itens 10 e 14 foram invertidos, por estarem na forma negativa.

(2) *Escala de Saúde Subjetiva* (Weiss & Lang, 2012), constituída por 2 itens a responder numa escala tipo Likert de 7 pontos de: (1) “Nada Saudável” a (7) “Muito Saudável”. Esta escala avalia a saúde percebida dos indivíduos, a um nível físico e mental. Foi utilizada uma versão desta escala traduzida e adaptada em português (Bernardo, 2015).

(3) *Escala de Perspetiva de Tempo Futuro* de Lang & Carstensen (2002) (Weiss & Lang, 2012), com 4 itens, sendo esta uma versão reduzida da escala original. Esta escala na sua versão reduzida apresenta uma consistência interna de 0.92 (Lang & Carstensen, 2002). A

escala utilizada já se encontrava traduzida e adaptada para a população portuguesa (Bernardo, 2015). Os itens foram respondidos numa escala tipo Likert de 7 pontos, de: (1) “Discordo Totalmente” a (7) “Concordo Totalmente”.

Para efeitos de análise estatística, o item 1 foi invertido, por se encontrar na forma negativa.

(4) *Escala de Satisfação com a Vida* de Neto (1993) baseado em Diener et al. (1985), composta por 5 itens, e cujo objetivo é medir a satisfação geral dos indivíduos com as suas vidas. Esta escala original apresenta uma consistência interna de 0.78 (Neto, 1993). Foi utilizada uma escala tipo Likert de 7 pontos, de: (1) “Discordo Totalmente” a (7) “Concordo Totalmente”.

(5) *Escala de Stress*, onde constam 7 itens relativos ao constructo de *stress* da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (Pais-Ribeiro et al., 2004). Esta escala avalia diversas dimensões do constructo de *stress*, como: a dificuldade em relaxar; a excitação nervosa; a facilidade em ficar agitado ou chateado; a reação exagerada ou irritável; e a impaciência (Pais-Ribeiro et al., 2004). Esta escala de resposta consiste numa escala tipo Likert de 7 pontos de: (1) “Não se aplicou nada a mim” a (7) “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

(6) *Escala de Coping*, composta por 13 dos itens da Escala de Formas de *Coping* (Gerhold, 2020 baseado em Folkman & Lazarus 1988, Ferring & Filipp 1989), avaliando duas dimensões, nomeadamente, o *coping* focado no problema, através de 7 itens – itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7; e o *coping* focado na emoção, através de 6 itens – itens 8, 9, 10, 11, 12 e 13. Todos estes itens retirados da escala original foram traduzidos, e, por sua vez, adaptados através do mesmo método de tradução e retradução mencionado na Escala de Perceção de Risco de COVID-19. A resposta a estes itens foi cotada numa escala tipo Likert de 7 pontos, de: (1) “Discordo Totalmente” a (7) “Concordo Totalmente”.

Todas as escalas em que o questionário se baseia, foram adaptadas consoante as necessidades desta investigação e os constructos que se pretendem medir. Por fim, o questionário contém, ainda, uma secção dedicada à recolha dos dados sociodemográficos da amostra, que inclui questões como o género, a idade, o estado civil, o meio em que vive, com quem vive, o nível de escolaridade, a profissão, o estado atual a nível de atividade profissional, se possui alguma das doenças referidas pela OMS e pela DGS como sendo de risco (e.g., doença cardíaca, doença pulmonar, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, doença oncológica,

doença autoimune, infecção HIV/SIDA, e/ou se é doente transplantado), se é fumador(a), e se já teve uma infecção por COVID-19.

4.3.1. Análise da Consistência Interna dos Instrumentos

Foi testada a consistência interna dos itens de cada instrumento utilizado, de modo a perceber se as propriedades métricas das escalas foram preservadas (ver tabela 3). A consistência interna remete para a inter-relação dos itens em medir o mesmo constructo no instrumento (Tavakol & Dennick, 2011). O coeficiente *Alpha* de Cronbach é uma medida da consistência interna (Taber, 2018).

Tabela 3. *Valores da Consistência Interna*

Escala	Número de Itens	<i>Alpha</i> de Cronbach
EPRC – Medo Geral	4	.714
EPRC – Medo Pessoal	2	.652
Saúde Subjetiva	2	.849
Perspetiva de Tempo Futuro	3	.711
Satisfação com a Vida	5	.829
<i>Stress</i>	7	.928
<i>Coping</i> Problema	7	.680
<i>Coping</i> Emoção	6	.624

Na Escala de Perspetiva de Tempo Futuro obteve-se um *alpha* de Cronbach abaixo do que considerámos aceitável (.60) (Taber, 2018). Após uma análise seguinte da consistência interna, optou-se por se eliminar o item 1 (“O meu futuro já me reserva oportunidades limitadas”), de modo a aumentar o valor do *alpha* de Cronbach desta escala ($\alpha = .597$), passando assim, quando removido, a um *alpha* de .711, sendo este considerado como um valor satisfatório (Taber, 2018). Este item possivelmente não surtiu os resultados desejáveis nesta amostra devido a uma questão semântica, ou seja, por o item se encontrar invertido.

4.4. Procedimento

Após o protocolo de recolha de dados se encontrar finalizado, iniciou-se a recolha de dados no dia 16 de dezembro de 2020, tendo tido uma duração aproximada de dois meses e meio, tendo finalizado no dia 28 de fevereiro de 2021.

Precedeu à recolha de dados, a aplicação de um consentimento informado, de modo a cumprir todas as questões éticas inerentes à recolha e tratamento dos dados. Os participantes foram informados acerca do âmbito e do objetivo da investigação, de que a sua participação era inteiramente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, e que todos os dados recolhidos eram confidenciais, sendo posteriormente analisados de forma conjunta com os dos restantes participantes (ver anexo A).

A recolha de dados foi feita tendo por base todos os procedimentos de segurança face à pandemia à qual estamos a atravessar, tendo uma versão do questionário em formato digital (*online*), e outra em suporte de papel, para quando não fosse possível a sua aplicação em formato digital.

As escalas do questionário foram apresentadas de modo a que, num momento inicial, os participantes se deparassem com escalas e itens mais gerais, e só posteriormente, fossem questionados relativamente ao COVID-19, sendo a última secção destinada aos dados sociodemográficos (ver anexo B). No questionário em formato digital, todos os 45 itens das escalas mais os 11 itens referentes a dados sociodemográficos foram aleatorizados dentro de cada escala, através do uso da plataforma “*Google Forms*”. No que concerne à versão em suporte de papel, foram criadas 3 versões, tendo sido produzidas através de 3 aleatorizações consecutivas do questionário mediante a plataforma “*Google Forms*”.

5. Resultados

5.1. Procedimento de Análise dos Dados

Para o tratamento e análise dos dados, utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics 24*. Iniciou-se o procedimento pela verificação da estrutura fatorial da Escala de Perceção de Risco de COVID-19. Em seguida, realizou-se o teste das hipóteses.

5.2. Análise Fatorial Exploratória

Num momento inicial, procedeu-se à testagem da estrutura fatorial da Escala de Perceção de Risco de COVID-19, composta inicialmente por 14 itens. A Análise Fatorial Exploratória (AFE) trata-se de uma técnica estatística muito utilizada, sobretudo nas ciências sociais (Costello & Osborne, 2005). O objetivo desta técnica estatística consiste em descobrir quaisquer variáveis latentes (fatores) que levam a uma covariação das variáveis manifestas

(itens/questões) (Costello & Osborne, 2005; Silva et al., 2018). As variáveis latentes representam as variáveis manifestas (Silva et al., 2018).

Por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE), procedeu-se à extração de fatores através do método dos componentes principais, utilizando a rotação *varimax*. A consistência interna de cada componente foi medida com o *Alpha* de Cronbach.

Após a AFE, retiraram-se 8 itens (itens 2, 3, 4, 6, 10, 12, 13 e 14) por contribuírem para vários fatores e/ou apresentarem pesos fatoriais baixos (< .5). A Escala de Percepção de Risco de COVID-19 (EPRC) ficou com 6 itens, repartidos por 2 fatores, que explicam um total de 62,545% da variância. O primeiro fator, designado de Medo Geral é constituído por 4 itens e explica 37,829% da variância. O segundo fator, denominado de Medo Pessoal é composto por 2 itens, explicando 24,715% da variância (ver tabela 4).

Tabela 4. EPRC – Análise Fatorial Exploratória: Pesos Fatoriais, Variância Explicada e Consistência Interna

Itens	Análise Fatorial	
	EPRC - Medo Geral	EPRC - Medo Pessoal
O COVID-19 preocupa-me.	.830	.004
O COVID-19 causa muitas mortes de uma vez só.	.800	.161
O COVID-19 é um desastre global.	.728	.088
O COVID-19 é algo completamente novo por todos nós.	.513	.166
Se eu for infetado/a por COVID-19, posso morrer.	-.40	.911
Em que medida é grave para si ser infetado/a por COVID-19?	.383	.769
% de Variância Explicada	37.829	24.715
<i>Alpha</i> de Cronbach	.714	.652

5.3. Comparação entre os Três Momentos

Num primeiro momento procurou-se perceber se existiam diferenças significativas entre os 3 momentos para as variáveis consideradas (H1). Inicialmente procedeu-se à criação de uma variável que dividiu a amostra nos 3 momentos da recolha de dados: Momento 1 (de 16/12/20 a 26/12/20); Momento 2 (de 27/12/20 a 14/01/21); Momento 3 (de 15/01/21 a 28/02/21).

Para testar esta hipótese, foi realizada uma ANOVA de Medidas Repetidas. Os resultados, apresentados na tabela 5, mostram que não existem diferenças significativas entre os 3 momentos para nenhuma das variáveis consideradas, não sendo assim confirmada a hipótese 1.

Tabela 5. Resultados da ANOVA de Medidas Repetidas

	1º Momento	2º Momento	3º Momento		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	<i>F</i>	<i>P</i>
EPRC – Medo Geral	6.12 (1.04)	5.93 (1.09)	5.66 (1.35)	2.693	.070
EPRC – Medo Pessoal	5.64 (1.38)	5.89 (1.19)	5.58 (1.25)	1.609	.202
Saúde Subjetiva	5.23 (1.09)	4.89 (1.28)	5.00 (1.21)	1.895	.152
Perspetivas Futuras	3.69 (1.49)	3.33 (1.40)	3.43 (1.28)	1.582	.208
Satisfação com a Vida	4.81 (1.19)	4.79 (1.24)	4.70 (.79)	.186	.831
<i>Stress</i>	3.84 (1.64)	3.64 (1.61)	3.84 (1.71)	.470	.625
<i>Coping</i> Problema	5.53 (.91)	5.50 (.96)	5.30 (.83)	1.212	.299
<i>Coping</i> Emoção	4.42 (1.08)	4.53 (1.11)	4.76 (1.16)	1.613	.201

5.4. Comparação de Grupos por Momentos e Idades

Na hipótese 2, procurou-se perceber na comparação entre os três momentos se no grupo etário de mais de 80 anos existia uma menor satisfação com a vida, uma menor saúde subjetiva, menos perspetivas de tempo futuro, mais *stress* e mais estratégias de *coping* utilizadas.

Para se responder à hipótese 2, num momento inicial procedeu-se à criação de uma variável que dividiu a amostra em 3 grupos etários: Grupo 1 (dos 60 aos 69 anos); Grupo 2 (dos 70 aos 79 anos); e o Grupo 3 (+80 anos).

De modo a testar esta hipótese, foi realizada uma ANOVA *one-way* com teste *post-hoc* de Bonferroni, com o objetivo de perceber se existiram mudanças ao longo dos momentos no grupo etário mais velho (+ 80 anos) (ver tabela 6).

Tabela 6. Resultados da ANOVA para o Grupo Etário 3 (+80 anos)

	60-69 Anos	70-79 Anos	+80 Anos		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	<i>F</i>	<i>P</i>
EPRC – Medo Geral	5.80 (1.18)	6.09 (1.15)	6.05 (.98)	.528	.594
EPRC – Medo Pessoal	5.55 (1.28)	5.88 (1.36)	6.26 (7.69)	.827	.446
Saúde Subjetiva	5.22 (1.20)	4.86 (1.19)	4.50 (1.17)	5.931	.006
Perspetivas Futuras	3.75 (1.33)	3.32 (1.47)	2.54 (1.10)	.112	.894
Satisfação com a Vida	4.80 (1.16)	4.66 (1.12)	4.93 (1.07)	4.567	.017
<i>Stress</i>	3.63 (1.66)	3.80 (1.64)	4.06 (1.58)	6.373	.004
<i>Coping</i> Problema	5.45 (.84)	5.60 (1.05)	5.23 (.91)	.153	.859
<i>Coping</i> Emoção	4.41 (1.13)	4.73 (1.17)	4.75 (.85)	3.116	.057

Observou-se que, tanto no grupo 1 (60-69 anos) como no grupo 2 (70-79 anos), não existiam diferenças significativas, existindo apenas diferenças marginais. Contudo, no grupo 3 (+ 80 anos) existem, tal como esperado, diferenças significativas a nível da satisfação com a vida ($p = .017$) e da saúde subjetiva ($p = .006$), que diminuiram ao longo do tempo. Já na perspetiva temporal futura não existem diferenças significativas. Para além destas, existem também diferenças significativas a nível do *stress* ($p = .004$), e, marginalmente, a nível do *coping* focado na emoção ($p = .057$), que aumentaram ao longo do tempo. Estes resultados permitem-nos confirmar parcialmente a hipótese 2 (H2).

5.5. Análise do Modelo Causal

Foi avaliado um modelo causal de um conjunto de variáveis sobre a satisfação com a vida, considerando os dados totais indiferentemente dos momentos. Para realizar o modelo de

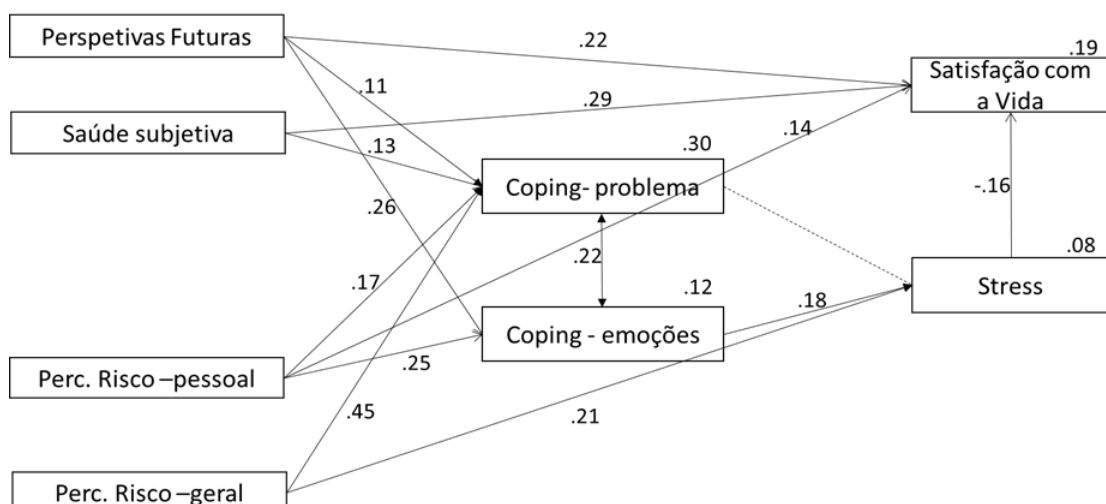
trajetórias foi utilizado o *software* AMOS (v22), em que a significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimativa dos parâmetros pelo Método da Máxima Verossimilhança. O resultado da Análise das Trajetórias (*Path Model*) do *stress* mostrou um modelo ajustado que explica 19% da variância, e adequados índices de ajustamento ($X^2/df = 2.52, p = .07$; RMSEA = .077; CFI = .955). Através do modelo é possível identificar que todas as outras variáveis revelaram relações estatisticamente significativas (ver figura 2). Para além disso, praticamente todas essas relações são positivas, excetuando o *stress* que tem uma relação negativa com a satisfação com a vida, tal como previsto, o que confirma a hipótese 3a.

Desta forma, é possível destacar que o *stress* é explicado em apenas 8% pelas variáveis consideradas, tendo uma relação positiva com a percepção de risco pessoal e com a perspectiva de tempo futuro, mediada pelo *coping* focado na emoção. Já o *coping* focado no problema parece não ter uma relação significativa com o *stress*. É evidenciada uma relação direta da percepção de risco geral com o *stress*. Todos estes fatores têm uma relação positiva com o *stress*, o que mostra que os mecanismos de *coping* não têm a capacidade de reduzir o *stress* percebido.

Em contrapartida, a satisfação com a vida é explicada em 19% positivamente pela perspectiva de tempo futuro, a saúde percebida, e a percepção de risco pessoal, e, negativamente pela percepção de *stress*.

Não sendo o modelo final o que era expectável na hipótese 3, a figura 2 apresenta o modelo originado após a análise estatística, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da satisfação com a vida e do *stress*.

Figura 2. Modelo da H3 e da H3a) após Análise Estatística



6. Discussão

Com o surgimento e propagação do COVID-19 por todo o mundo, surgiu muita investigação relacionada com o mesmo em interação com diferentes variáveis. O COVID-19 constitui-se como um risco novo e desconhecido que afeta toda a população, com maior destaque para a população idosa, que tem maior probabilidade de sofrer consequências graves da doença, mas que, ainda assim, afeta todos de uma forma mais direta ou indireta, pois todos nos encontramos expostos a esse risco. Com este risco surgiu muita investigação relativamente à população mais idosa, à perspetiva temporal futura, à saúde percebida, ao *stress*, e à satisfação com a vida (e.g., Ahn et al., 2020; Bidzan-Bluma et al., 2020; Buneviciene et al., 2021; Dymecka et al., 2021; Holman & Grisham, 2020).

Contudo, ainda que exista investigação relativamente a estas variáveis isoladas, não se verificou a existência de nenhuma investigação que incluísse população idosa, incluindo as variáveis de perceção de saúde e de perspetiva temporal futura, a perceção de risco de COVID-19 e o efeito das mesmas no *stress* e na satisfação com a vida, com mediação das estratégias de *coping*. Em suma, este constituiu-se como o principal objetivo desta investigação. Para além deste, também observar se existiram diferenças entre os diferentes momentos da recolha de dados e entre os diferentes grupos etários.

Quanto aos resultados obtidos nesta investigação, na **hipótese 1** foi demonstrado que não houve alterações significativas no que concerne às variáveis ao longo do estudo, comparando os diferentes momentos da recolha de dados, pelo que a hipótese 1 não se verificou. Ainda que não tenhamos uma explicação geral para este fenómeno, por exemplo, a nível do *stress*, este pode-se ter mantido sempre elevado ou ter-se mantido sempre baixo, pois a pandemia teve início em março e a recolha de dados só foi iniciada em dezembro, e por isso, já haver uma habituação ao risco de COVID-19. O medo geral também parece ser o único que reduz ao longo tempo, sendo apenas marginalmente significativo, o que também pode remeter para um processo de habituação ao risco por parte dos participantes.

No que concerne à **hipótese 2**, era esperado que no grupo etário mais velho (+80 anos), existissem, ao longo dos diferentes momentos da recolha de dados, diferenças significativas a nível da satisfação com a vida, da saúde subjetiva, da perspetiva temporal futura, do *stress*, e dos mecanismos de *coping*. Os resultados obtidos demonstraram que no grupo etário de +80 anos houve diferenças significativas na satisfação com a vida e na saúde subjetiva que diminuíram ao longo do tempo, bem como do *stress* e do *coping* focado na emoção, que

aumentaram ao longo do tempo. Bidzan-Bluma e colegas (2020) referiram que o confinamento e os medos relativos à doença levaram a um aumento do *stress* nos adultos mais velhos. Também neste seguimento, Li & Lyu (2021), a partir do estudo que desenvolveram, referiram que todas as medidas preventivas da pandemia, como o isolamento social, o confinamento, e o bloqueio de cidades e concelhos levaram a um aumento do *stress* psicológico nos indivíduos. Contudo, ainda que tudo isto se tenha verificado em Portugal, e sobretudo, no momento da recolha de dados, este fenómeno apenas se verificou com os idosos com mais de 80 anos, tendo o seu *stress* aumentado significativamente ao longo do tempo. Estas evidências em contexto pandémico e com população idosa vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo.

Relativamente à **hipótese 3**, que se constituía como o principal objetivo desta investigação, verificou-se que o modelo de mediação inicialmente previsto, não surtiu os efeitos esperados. De uma forma geral, parece que as relações diretas funcionaram de melhor forma do que as relações indiretas de mediação. Observou-se que, contrariamente ao expectável, os mecanismos de *coping* não têm a capacidade de atenuar o *stress* percebido pelos adultos mais velhos. Uma possível explicação para este fenómeno poderá ser o facto de a medida de perceção de risco de COVID-19 e a medida de estratégias de *coping* serem focadas neste risco em específico, e a medida de *stress* utilizada ser uma medida geral, retirada de um instrumento que também avalia a depressão e a ansiedade e que fora adaptada em população jovem (Pais-Ribeiro et al., 2004). Este instrumento original está mais relacionado com o *stress* de um ponto de vista clínico, do que de um ponto de vista de *stress* psicológico face a riscos, neste caso, de saúde. Consideramos que esta poderá ser uma das razões pela qual o modelo não surtiu os resultados desejados.

A teoria transaccional do *stress* e do *coping* refere que não é o evento *stressor* que define o uso de mecanismos de *coping* e a resolução do *stressor*, mas sim, o facto de o indivíduo perceber o evento como *stressor* (Yan et al., 2021). Assim, uma outra explicação para os resultados obtidos poderá ser o facto de os elementos da amostra já se encontrarem familiarizados com o risco de COVID-19, e por isso, já não se constituir como um *stressor*, uma vez que quando a recolha de dados foi iniciada, a pandemia já estava instalada no país há 9 meses. Contudo, por outro lado, foi durante o período da recolha de dados que Portugal atravessou a pior fase da pandemia até hoje registada. No entanto, já se sabia da existência de vacinas contra o COVID-19, sendo que no 2º momento da recolha de dados (momento este que constitui quase metade do N total da amostra), estas já estavam a ser aplicadas no país, podendo este fator, ter sido um atenuador do *stress* dos adultos mais velhos, pois estes também se

constituíram como um dos públicos prioritários na vacinação. Uma outra possível explicação é o facto de os adultos mais velhos não se sentirem ameaçados por este novo risco por “já terem passado por coisas semelhantes e mais graves” (e.g., gripe espanhola), como muitas vezes é ouvido. Em síntese, parece não existir uma relação muito significativa entre a perceção de risco e as estratégias de *coping*, o que pode demonstrar que estas talvez não estejam a cumprir a sua função de homeostase psicológica, ou que não há uma grande perceção de risco por parte dos adultos mais velhos face ao COVID-19.

O COVID-19 constitui-se, por si só, como uma fonte significativa de *stress* (Dymecka et al., 2021; Qi et al., 2020). O *stress* em contexto pandémico deve-se, sobretudo, a todas as alterações que a pandemia implica e tudo o que a mesma afeta, e não apenas ao medo de contrair uma infeção. Contudo, o medo de COVID-19 associa-se de forma positiva ao *stress* (Dymecka et al., 2021). Foi, de facto, evidenciada no modelo obtido a partir dos resultados, uma relação entre a perceção de risco de medo geral e o *stress*, sendo esta relação positiva, tal como é mencionado na literatura.

Li e colegas (2021), no seu estudo, observaram que os indivíduos com uma maior perceção de risco de COVID-19 tenderam a utilizar um *coping* mais ativo. No nosso estudo, isso é corroborado em parte, pois quando se refere ao medo geral de COVID-19, os adultos mais velhos tendem a adotar um *coping* mais focado no problema, contudo, quando o medo é pessoal, há uma relação ligeiramente maior com o *coping* focado na emoção do que com o *coping* focado no problema. Rana e colegas (2021) constataram que perante situações de grande *stress*, alguns indivíduos tendem a utilizar estratégias de *coping* focadas na emoção. Ainda que este fenómeno não tenha tido resultados muito significativos, é notório no modelo resultante uma maior relação entre o *coping* focado na emoção e o *stress* do que o *coping* focado no problema e o *stress*.

Relativamente à segunda parte da **hipótese 3**, os resultados obtidos mostraram que os mecanismos de *coping* não medeiam a relação entre a perceção de risco (medo pessoal e medo geral), a saúde subjetiva e as perspetivas futuras na satisfação com a vida.

Ainda que não seja muito significativa, foi registada uma relação entre o medo pessoal e a satisfação com a vida. Os resultados de um estudo de Dymecka e colegas (2021), mostraram que indivíduos com elevado medo de COVID-19 tiveram uma satisfação com a vida mais elevada, tendo esta relação enfraquecido os níveis de *stress* nesta relação. De certo modo, esta evidência empírica corrobora os resultados obtidos neste estudo, pois a perceção de risco de

medo pessoal mostra uma relação positiva (mas não muito significativa) com a satisfação com a vida. Já a percepção de risco de medo geral evidencia uma relação com o *stress*, e não com a satisfação com a vida.

É também evidenciado nos resultados obtidos, uma relação entre a saúde percebida e a satisfação com a vida, tal como fora evidenciado na literatura, onde ambas têm uma associação muito forte e positiva (Bakkeli, 2021), sendo que numa pandemia isto não é uma exceção. Para além de a pandemia ter efeitos na saúde física e mental dos indivíduos, leva também a uma diminuição da satisfação com a vida. Esta tem um impacto muito maior quando acontece com pessoas com problemas de saúde, pois tendem a preocupar-se mais com o risco de serem infectados por COVID-19, levando a uma menor satisfação com a vida (Bakkeli, 2021).

Ainda referente à **hipótese 3**, para finalizar, colocamos também como possível explicação aos resultados obtidos, a presença de um enviesamento otimista por parte dos adultos mais velhos, tendo sido algo não considerado, mas que é, muitas vezes, mencionado na literatura como estando presente. Num estudo, Bidzan-Bluma e colegas (2020) perceberam que os adultos mais velhos se encontravam otimistas perante a pandemia de COVID-19, o que se poderia justificar pelo menor número de *stressores*, como por exemplo, fatores profissionais ou socioeconómicos, sendo isto mais comum em população mais jovem, e gerador de ansiedade e *stress*. Para além disto, também classificaram a sua satisfação com a vida mais elevada do que os jovens.

Como previsto na **hipótese 3a**, o *stress* e a satisfação com a vida evidenciaram uma relação negativa, o que demonstrou que nos adultos mais velhos, quanto maior é o seu *stress* percebido, menor será a sua satisfação com a vida, e quanto menor for o *stress* percebido, maior será a satisfação com a vida. Segundo Dymecka e colegas (2021), poucos estudos têm sido desenvolvidos acerca da influência da pandemia de COVID-19 e a satisfação com a vida. Contudo, a literatura prévia à pandemia mostra que o *stress* tem uma influência negativa na satisfação com a vida. Ainda que estes dados sejam pré-pandemia, o mesmo achado é corroborado neste estudo em contexto pandémico.

Pelo que é do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a propor um modelo causal com estas variáveis e em contexto de pandemia. O COVID-19 agora faz e fará parte da vida de todos os seres humanos, fazendo com que existam adaptações no estilo de vida, pelo menos durante mais alguns anos. Tendo em conta este contexto pandémico, torna-se importante realizar investigações que abordem a percepção de risco e as estratégias de *coping*. No entanto,

apesar de todos os resultados menos desejáveis que este estudo revelou, consideramos que o mesmo trouxe algumas implicações importantes e merecedoras de serem destacadas. Primeiramente, pudemos entender como os idosos participantes neste estudo percebem o risco de COVID-19 e o impacto que isso tem tido em várias dimensões da sua vida (e.g., saúde percebida, satisfação com a vida). Para além disto, percebemos também que parece existir diferenças entre os grupos etários mais novos e mais velhos, pois houve um maior impacto nos adultos mais velhos, nomeadamente, a nível do *stress*, da saúde percebida, da satisfação com a vida e das estratégias de *coping* focadas na emoção.

Como em todos os estudos, existem limitações a serem ressaltadas, e este não é exceção. A principal limitação que destacamos é o facto de o modelo deste estudo explicar muito pouco o *stress* e a satisfação com a vida, podendo-se dever ao facto de a população deste estudo ser idosa, e como tal, ter existido uma maior dificuldade em responder aos itens, assim como uma pouca compreensão dos mesmos. A nível da amostra, para além de existir um ligeiro desequilíbrio entre o género, ainda mais significativo do que isso é a discrepância entre os grupos etários, sendo que quanto maior a idade, menos participantes a amostra contém. É notório que o grupo etário seguinte tem cerca de metade do número de participantes do grupo anterior, o que se constitui como uma limitação. Para além disso, isto traz a questão de que a população cuja taxa de mortalidade por COVID-19 é a mais elevada (+80) se encontra sub-representada. Esta diferença entre grupos etários é evidente pela maior facilidade em se chegar aos grupos mais novos, e uma maior dificuldade em se abordar grupos mais velhos (e.g., dificuldades cognitivas, idosos institucionalizados, analfabetismo). Um outro aspeto que se pode constituir como uma limitação é a utilização de uma medida de *stress* geral, que, posteriormente não resultou neste modelo ou nesta amostra, juntamente com medidas de *coping* e de percepção de risco específicas de COVID-19.

Relativamente a investigações futuras, sugerimos a realização de mais pesquisas empíricas que incluam algumas das variáveis deste estudo e a criação de um modelo que obtenha resultados mais favoráveis e mais fidedignos. Sugere-se que sejam realizados estudos com amostras mais extensas com grupos etários mais velhos (e.g., +80 anos), ou com uma amostra abrangendo diversos grupos etários de idosos mas mais homogénea, pois deste modo, os resultados poderiam ser mais generalizáveis. Uma outra sugestão consiste em que estudos futuros em contexto de pandemia que incluam o constructo de *stress*, contenham uma medida do mesmo ligado ao COVID-19, ou que a mesma seja construída, tal como acontece na percepção de risco e nos mecanismos de *coping*. Por último, poderia ser interessante também

que se realizasse um estudo com uma amostra de uma outra faixa etária, por exemplo, e perceber como estas variáveis se relacionam entre si.

7. Conclusão

O surgimento da pandemia de COVID-19 fez emergir diversa literatura sobre a temática, abrangendo diferentes constructos. Contudo, tendo em conta que este risco fará parte da vida de todos os seres humanos pelo menos durante mais algum tempo, torna-se relevante fazer estudos que abordem a percepção de risco de COVID-19 e os mecanismos de *coping* utilizados para gerir este risco.

Os resultados obtidos mostraram que não existem diferenças em nenhuma das variáveis em estudo ao longo dos três momentos em que a recolha de dados foi dividida. Por outro lado, os resultados permitiram-nos perceber que os adultos mais velhos, que têm uma maior probabilidade de mortalidade por COVID-19, são também os mesmos que mostraram, ao longo do tempo, uma menor saúde subjetiva e uma menor satisfação com a vida, assim como mais *stress* e a maior utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção.

No que concerne ao objetivo principal deste estudo, que consistiu em testar o modelo de mediação, este permitiu-nos concluir que, de uma forma geral, as relações diretas funcionaram melhor do que as relações indiretas. Contudo, observou-se uma relação positiva da percepção de risco pessoal e da perspetiva temporal futura no *stress*, mediadas pelo *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema não apresenta uma relação significativa com o *stress*. As estratégias de *coping* parecem não conseguir atenuar o *stress*. Relativamente à satisfação com a vida, concluímos que esta apresentou relações positivas com a percepção de risco pessoal, a saúde subjetiva, e as perspetivas futuras. Para além disto, os resultados também nos permitiram observar uma relação negativa entre o *stress* e a satisfação com a vida nos adultos mais velhos em contexto pandémico.

Em suma, ainda que este estudo não tenha tido exatamente os resultados previstos num momento inicial, permitiu-nos tirar várias conclusões, pelo que mais estudos futuros serão necessários, de modo a explorar algumas questões suscitadas com este estudo.

8. Referências Bibliográficas

- Ahn, S., Kim, S., & Koh, K. (2020). Changes in Healthcare Utilization, Spending, and Perceived Health during COVID-19: A Longitudinal Study from Singapore. *Institute of Labor Economics*, 13715, 1-32.
- Aven, T., & Bouder, F. (2020). The COVID-19 pandemic: how can risk science help?. *Journal of Risk Research*, 1-6. DOI: 10.1080/13669877.2020.1756383.
- Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21(1), 95-118. DOI: 10.1080/02699930600562276.
- Bakkeli, N. Z. (2021). Health, work, and contributing factors on life satisfaction: A study in Norway before and during the COVID-19 pandemic. *SSM-Population Health*, 14, 1-16. DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.100804.
- Berg, A. E., Joye, Y., & Vries, S. (2012). Health benefits of nature. In L. Steg, A. Van Den Berg & J. Groot (Eds.), *Environmental Psychology: An Introduction* (pp. 47-56). West Sussex, UK: BPS Blackwell.
- Bernardo, F. (2015). Sou idoso ou sou da Geração dos Beatles: a função de protecção do self e da identidade. In *III International Conference Learning and Teaching in Higher Education e I Congresso Ibero-Afro-Americano de Psicologia*, 15-17 Abril, Universidade de Évora.
- Bidzan-Bluma, I., Bidzan, M., Jurek, P., Bidzan, L., Knietzsch, J., Stueck, M., & Bidzan, M. (2020). A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1-9. DOI: 10.3389/fpsy.2020.585813.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health* (pp. 351-364). West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Böhm, G., & Tanner, C. (2013). Environmental risk perception. In L. Steg, A. E. van den Berg, & J. I. M. Groot (Eds.), *Environmental Psychology: An Introduction* (pp. 15-25). West Sussex, UK: BPS Blackwell.

- Bränström, R., & Brandberg, Y. (2010). Health Risk Perception, Optimistic Bias, and Personal Satisfaction. *American Journal of Health Behavior*, 34(2), 197-205. DOI: 10.5993/AJHB.34.2.7.
- Bruin, W. B., & Bennett, D. (2020). Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 157-167. DOI: 10.1016/j.amepre.2020.05.001.
- Buneviciene, I., Bunevicius, R., Bagdonas, S., & Bunevicius, A. (2021). The impact of pre existing conditions and perceived health status on mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health*, 1-8. DOI: 10.1093/pubmed/fdab248.
- Camilo, C., & Lima, M. L. (2010). No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 140-154. DOI: 10.1016/S0870-9025(10)70005-5.
- Chao, R. C. L. (2011). Managing Stress and Maintaining Well-Being: Social Support, Problem-Focused Coping, and Avoidant Coping. *Journal of Counseling & Development*, 89, 338-348. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2011.tb00098.x.
- Chaouali, W., Souiden, N., & Ringle, C. M. (2020). Elderly customers' reactions to service failures: the role of future time perspective, wisdom and emotional intelligence. *Journal of Services Marketing*. DOI: 10.1108/JSM-08-2019-0318.
- Chen, Y., Zhang, Z., Shi, P., Song, X., Wang, P., Wei, X., & Tao, F. (2015). Public perception and responses to environmental pollution and health risks: evaluation and implication from a national survey in China. *Journal of Risk Research*, 1-19. DOI: 10.1080/13669877.2015.1057199.
- Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E., & Anthonj, C. (2020). Risk Perception and COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3114), 1-6. DOI: 10.3390/ijerph17093114.
- Costa, F. A., Silva, A. S., Oliveira, C. B. S., Costa, L. C. S., Paixão, M. E. S., Celestino, M. N. S., ... Santos, I. L. V. L. (2020). COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 49811-49824. DOI: 10.34117/bjdv6n7-580.

- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(7), 1-9. DOI: 10.7275/jyj1-4868.
- COVID, CDC. (2020). Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 1-4. DOI: 10.15585%2Fmmwr.mm6912e2.
- Dake, K. (1992). Myths of Nature: Culture and the Social Construction of Risk. *Journal of Social Issues*, 48(4), 21-37. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1992.tb01943.x.
- Daoust, J. F. (2020). Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. *PloS ONE*, 15(7), 1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0235590.
- Direção Geral de Saúde. (2020). COVID-19. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/>
- Direção Geral de Saúde. (2021). COVID-19. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/>
- Dourado, S. P. C. (2020). A pandemia de COVID-19 e a conversão de idosos em “grupo de risco”. *Cadernos De Campo*, 29, 153-162. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp153-162.
- Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., Van Der Bles, A. M., ... & Van Der Linden, S. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 23(7-8), 994-1006. DOI: 10.1080/13669877.2020.1758193.
- Dymecka, J., Gerymski, R., & Machnik-Czerwik, A. (2021). Fear of COVID-19 as a buffer in the relationship between perceived stress and life satisfaction in the Polish population at the beginning of the global pandemic. *Health Psychology Report*, 9(2), 149-159. DOI: 10.5114/hpr.2020.102136.
- Fenner, D. K. (2002). *Health Perceptions and Health Behaviors in the Elderly Age 65 and Older* (Tese de Mestrado). Retirado de: <https://hdl.handle.net/2027.42/117704>
- Ferrer, R., & Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and health behavior. *Current Opinion in Psychology*, 1-15. DOI: 10.1016/j.copsyc.2015.03.012.
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S. M. (2000). The Affect Heuristic in Judgments of Risks and Benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(1), 1-17.

DOI: 10.1002/(SICI)1099-0771(200001/03)13:1%3C1::AID-BDM333%3E3.0.CO;2-S.

Fischhoff, B., Lichtenstein, S., Slovic, P., Derby, S. L., & Keeney, R. L. (1981). *Acceptable Risk*. New York, NY: Cambridge University Press.

Fischhoff, B., Slovic, P., Lichtenstein, S., Read, S., & Combs, B. (1978). How Safe is Safe Enough? A Psychometric Study of Attitudes Towards Technological Risks and Benefits. *Policy Sciences*, 9, 127-152.

Gerhold, L. (2020). *COVID-19: Risk perception and Coping strategies: Results from a survey in Germany*. Disponível via PsyArXiv em: <https://psyarxiv.com/xmpk4/>

Griva, F., Tseferidi, S. I., & Anagnostopoulos, F. (2015). Time to get healthy: Associations of time perspective with perceived health status and health behaviors. *Psychology, Health & Medicine*, 20(1), 25-33. DOI: 10.1080/13548506.2014.913798.

Gui, X., Kou, Y., Pine, K., Ladaw, E., Kim, H., Suzuki-Gill, E., & Chen, Y. (2018). Multidimensional Risk Communication: Public Discourse on Risks during an Emerging Epidemic. In *Proceedings of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1-14). Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/abs/10.1145/3173574.3173788>

Henchoz, K., Cavalli, S., & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22, 282-290. DOI: 10.1016/j.jaging.2007.03.002.

Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. M., & Johnson, W. C. (1995). Progress in Resolving Problems: A Problem-Focused Style of Coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 279-293. DOI: 10.1037/0022-0167.42.3.279.

Herman, J. L., & Tetrick, L. E. (2009). Problem-Focused Versus Emotion-Focused Coping Strategies and Repatriation Adjustment. *Human Resource Management*, 48(1), 69-88. DOI: 10.1002/hrm.20267.

Holman, E. A., & Grisham, E. L. (2020). When Time Falls Apart: The Public Health Implications of Distorted Time Perception in the Age of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S63-S65. DOI: 10.1037/tra0000756.

- Ice, G. H., Zidron, A., & Juma, E. (2008). Health and Health Perceptions Among Kenyan Grandparents. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23, 111-129. DOI: 10.1007/s10823-008-9063-9.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (Eds.). (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., ... & Ratick, S. (1988). The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187. DOI: 10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x.
- Khan, S. M., & Chreim, S. (2019). Residents' perceptions of radon health risks: a qualitative study. *BMC Public Health*, 1-11. DOI: 10.1186/s12889-019-7449-y.
- Ko, N. Y., Lu, W. H., Chen, Y. L., Li, D. J., Chang, Y. P., Wang, P. W., & Yen, C. F. (2020). Cognitive, Affective, and Behavioral Constructs of COVID-19 Health Beliefs: A Comparison Between Sexual Minority and Heterosexual Individuals in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-10. DOI: 10.3390/ijerph17124282.
- Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (2002). Time Counts: Future Time Perspective, Goals, and Social Relationships. *Psychology and Aging*, 17(1), 125-139. DOI: 10.1037//0882-7974.17.1.125.
- Lansbury, G. (2000). Chronic pain management: a qualitative study of elderly people's preferred coping strategies and barriers to management. *Disability and Rehabilitation*, 22(1-2), 2-14. DOI: 10.1080/096382800297079-1.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress* (p. 63-80). New York, NY: Plenum Press.
- Li, D. J., Ko, N. Y., Chang, Y. P., Yen, C. F., & Chen, Y. L. (2021). Mediating Effects of Risk Perception on Association between Social Support and Coping with COVID-19: Na Online Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-12. DOI: 10.3390/ijerph18041550.

- Li, X., & Lyu, H. (2021). Epidemic Risk Perception, Perceived Stress, and Mental Health During COVID-19 Pandemic: A Moderated Mediating Model. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.563741.
- Liao, H. W., & Carstensen, L. L. (2018). Future Time Perspective. *GeroPsych*, 31(3), 163-167. DOI: 10.1024/1662-9647/a000194.
- Lima, M. L. (1993). *Percepção do Risco Sísmico: Medo e Ilusões de Controlo* (Dissertação de Doutoramento). Retirado de: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1646>
- Liu, J., Wei, W., Peng, Q., & Xue, C. (2019). Perceived Health and Life Satisfaction of Elderly People: Testing the Moderating Effects of Social Support, Attitudes Toward Aging, and Senior Privilege. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20(10), 1-11. DOI: 10.1177/0891988719866926.
- Lopez-Vazquez, E., & Marvan, M. L. (2003). Risk Perception, Stress and Coping Strategies in Two Catastrophe Risk Situations. *Social Behavior and Personality*, 31(1), 61-70. DOI: 10.2224/sbp.2003.31.1.61.
- Navarro, O., Krien, N., Rommel, D., Deledalle, A., Lemée, C., Coquet, M., ... Fleury-Bahi, G. (2020). Coping Strategies Regarding Coastal Flooding Risk in a Context of Climate Change in a French Caribbean Island. *Environment and Behavior*, 00(0), 1-25. DOI: 10.1177/0013916520916253.
- Navarro, O., Restrepo-Ochoa, D., Muñoz-Duque, L. A., Zapa-Perez, K., Ameline, A., Mercier, D., & Fleury-Bahi, G. (2020). Determinants of coping strategies in two types of natural hazards: Flash floods and costal flooding. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 46, 1-9. DOI: 10.1016/j.ijdr.2020.101514.
- Needham, M. D., Vaske, J. J., & Petit, J. D. (2017). Risk Sensitivity and Hunter Perceptions of Chronic Wasting Disease Risk and Other Hunting, Wildlife, and Health Risks. *Human Dimensions of Wildlife*, 1-20. DOI: 10.1080/10871209.2017.1298011.
- Nelkin, D. (1989). Communicating Technological Risk: The Social Construction of Risk Perception. *Annual Review of Public Health*, 10, 95-113.
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics Properties in an Adolescent Sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134. DOI: 10.1007/BF01536648.

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Qi, M., Li, P., Moyle, W., Weeks, B., & Jones, C. (2020). Physical Activity, Health-Related Quality of Life, and Stress among the Chinese Adult Population during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-10. DOI: 10.3390/ijerph17186494.
- Rana, I. A., Bhatti, S. S., Aslam, A. B., Jamshed, A., Ahmad, J., & Shah, A. A. (2021). COVID-19 risk perception and coping mechanisms: Does gender make a difference?. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 55, 1-10. DOI: 10.1016/j.ijdrr.2021.102096.
- Raude, J., Debin, M., Souty, C., Guerrisi, C., Turbelin, C., Falchi, A., ... Colizza, V. (2020). *Are people excessively pessimistic about the risk of coronavirus infection?*. Disponível via PsyArXiv em: <https://psyarxiv.com/364qj/>
- Renn, O., Burns, W. J., Kasperson, J. X., Kasperson, R. E., & Slovic, P. (1992). The Social Amplification of Risk: Theoretical Foundations and Empirical Applications, 48(4), 137-160. DOI: 10.18419/opus-7403.
- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 109, 1-4. DOI: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed Happiness as an Overall Assessment of the Quality of Life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492. DOI: 10.1007/BF00352944.
- Silva, W. R., Marôco, J., & Campos, J. A. D. B. (2018). Avaliação da estrutura fatorial do Body Shape Questionnaire: análise fatorial exploratória ou confirmatória?. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(3), 201-207. DOI: 10.1590/0047-2085000000205.
- Slovic, P. (1987). Perception of Risk. *Science*, 236, 280-285. DOI: 10.1126/science.3563507.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Why Study Risk Perception?. *Risk Analysis*, 2(2), 83-93. DOI: 10.1111/j.1539-6924.1982.tb01369.x.

- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1985). Characterizing Perceived Risk. In R. W. Kates, C. Hohenemser, & J. X. Kasperson (Eds.), *Perilous Progress: Managing the Hazards of Technology* (pp. 91-125). Boulder, CO: Westview.
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L., & MacGregor, D. G. (2005). Affect, Risk, and Decision Making. *Health Psychology, 24*(4S), S35-S40. DOI: 10.1037/0278-6133.24.4.S35.
- Strutton, D., & Lumpkin, J. R. (1994). Problem-and Emotion-Focused Coping Dimensions and Sales Presentation Effectiveness. *Journal of the Academy of Marketing Science, 22*(1), 28-37. DOI: 10.1177/0092070394221003.
- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education, 48*, 1273-1296. DOI: 10.1007/s11165-016-9602-2.
- Talarico, J. N. S., Caramelli, P., Nitri, R., & Chaves, E. C. (2009). Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(4), 803-809. DOI: 10.1590/S0080-62342009000400010.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53-55. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to Threatening Events: A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist, 38*(11), 1161-1173. DOI: 10.1037/0003-066X.38.11.1161.
- Teixeira, F. A., Paula, C. E. A., Queiroz, A. M., Melo, D. Q., & Silva, G. M. V. (2020). A evolução da Covid-19 e incidência nos óbitos da população idosa: defesa do isolamento horizontal. *Revista Brasileira de Administração Científica, 11*(3), 167-182. DOI: 10.6008/CBPC2179-684X.2020.003.0012.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science, 185*(4157), 1124-1131. DOI: 10.1126/science.185.4157.1124.
- Vazquez, E. L. (2001). Risk perception interactions in stress and coping facing extreme risks. *Environmental Management and Health, 12*(2), 122-133. DOI: 10.1108/09566160110389889.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019

- Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-25. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
- Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). “They” Are Old But “I” Feel Younger: Age-Group Dissociation as a Self-Protective Strategy in Old Age. *Psychology and Aging*, 27(1), 153-163. DOI: 10.1037/a0024887.
- Whitehead, B. R. (2021). COVID-19 as a Stressor: Pandemic Expectations, Perceived Stress, and Negative Affect in Older Adults. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), e59-e64. DOI: 10.1093/geronb/gbaa153.
- Wise, T., Zbozinek, T. D., Michelini, G., Hagan, C. C., & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society Open Science*, 1-13. DOI: 10.1098/rsos.200742.
- World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponible en: <https://www.who.int/>
- World Health Organization. (2021). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponible en: <https://www.who.int/>
- Yan, J., Kim, S., Zhang, S. X., Foo, M. D., Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S., & Yáñez, J. A. (2021). Hospitality workers’ COVID-19 risk perception and depression: A contingent model based on transactional theory of stress model. *International Journal of Hospitality Management*, 95, 1-11. DOI: 10.1016/j.ijhm.2021.102935.
- Zacher, H., & Frese, M. (2009). Remaining Time and Opportunities at Work: Relationships Between Age, Work Characteristics, and Occupational Future Time Perspective. *Psychology and Aging*, 24(2), 487-493. DOI: 10.1037/a0015425.

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Informado

No âmbito da realização da minha Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de Évora, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Fátima Bernardo, pretende-se, com esta investigação, observar a perceção de saúde dos adultos.

A sua participação é muito importante e inteiramente voluntária, sendo que poderá recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A informação recolhida é anónima e confidencial. Os dados serão analisados conjuntamente com os dos outros participantes, sendo utilizados apenas para efeitos de investigação.

Para qualquer dúvida relativa a este estudo, poderá contactar-me através do meu e-mail (m44283@alunos.uevora.pt) ou contactar a Prof.^a Dr.^a Fátima Bernardo (fatimab@uevora.pt).

A realização do questionário tem uma duração aproximada de entre 5 a 10 minutos.

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do objetivo da investigação e dos procedimentos requeridos. Fui informado/a de que a minha participação é voluntária e que posso recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer retaliação. Fui esclarecido/a acerca de todos os aspetos importantes e não tenho qualquer dúvida, sendo que se necessitar de algum esclarecimento, esse me poderá ser facultado. Assim, declaro aceitar colaborar de forma voluntária na presente investigação, sem qualquer remuneração ou custos.

Assinatura: _____

Évora, ____ de _____ de ____

A Discente: Marta Pécurto

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo B. Questionário de Percepção de Saúde

Por favor responda aos seguintes itens de acordo com a seguinte escala de resposta:

1 – Discordo Totalmente

**3 – Mais ou menos em
Desacordo**

5 – Mais ou Menos de Acordo

7 – Concordo Totalmente

2 – Em Desacordo

4 – Nem de Acordo nem em

6 – De Acordo

Em muitos aspetos, a minha vida está próxima do ideal.	1	2	3	4	5	6	7
As condições da minha vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
Estou satisfeito/a com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
Até agora, consegui as coisas importantes que quero na vida.	1	2	3	4	5	6	7
Se eu pudesse viver a minha vida novamente, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7
O meu futuro já me reserva oportunidades limitadas.	1	2	3	4	5	6	7
A maior parte da minha vida ainda está à minha frente.	1	2	3	4	5	6	7
O meu futuro parece infinito para mim.	1	2	3	4	5	6	7
Acho que ainda tenho muitos objetivos para atingir no futuro.	1	2	3	4	5	6	7

Nada Saudável

Muito Saudável

Quão saudável se sente, física e mentalmente?	1	2	3	4	5	6	7
Quando pensa nas pessoas da sua idade, quão saudável se sente física e mentalmente em comparação com elas?	1	2	3	4	5	6	7

Pense em como se sentiu na semana passada e responda aos seguintes itens.

Não se aplicou
nada a mim

Aplicou-se a mim a
maior parte das vezes

Tive dificuldades em me acalmar.	1	2	3	4	5	6	7
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	1	2	3	4	5	6	7
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	1	2	3	4	5	6	7
Dei por mim a ficar agitado/a.	1	2	3	4	5	6	7
Senti dificuldade em me relaxar.	1	2	3	4	5	6	7

Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. 1 2 3 4 5 6 7

Senti que por vezes estava sensível. 1 2 3 4 5 6 7

Seguem-se agora alguns itens relativos à pandemia atual de COVID-19.

	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente			
O COVID-19 preocupa-me.	1	2	3	4	5	6	7
Tenho medo de ser infetado/a por COVID-19.	1	2	3	4	5	6	7
O COVID-19 é um desastre global.	1	2	3	4	5	6	7
Se eu for infetado/a por COVID-19, posso morrer.	1	2	3	4	5	6	7
O COVID-19 causa muitas mortes de uma vez só.	1	2	3	4	5	6	7
Eu consigo facilmente reduzir a probabilidade de ser infetado/a por COVID-19.	1	2	3	4	5	6	7
O COVID-19 é algo completamente novo para todos nós.	1	2	3	4	5	6	7
Os efeitos do COVID-19 podem ser observados.	1	2	3	4	5	6	7
Os especialistas conhecem o COVID-19.	1	2	3	4	5	6	7
Eu sei que não serei afetado/a pelo COVID-19.	1	2	3	4	5	6	7

Qual a probabilidade de você ser infetado/a por COVID-19 num futuro próximo?

Muito Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Muito Provável

Qual a probabilidade de pessoas da sua idade serem infetadas por COVID-19?

Muito Improvável 1 2 3 4 5 6 7 Muito Provável

Em que medida é grave para si ser infetado/a por COVID-19?

Pouco Grave 1 2 3 4 5 6 7 Muito Grave

Em que medida se sente confiante de que o seu organismo reagirá bem ao COVID-19?

Sem Confiança 1 2 3 4 5 6 7 Muito Confiante

Pense no tempo de pandemia que nos encontramos a atravessar desde março de 2020 e responda aos seguintes itens com base na problemática do COVID-19.

	Discordo Totalmente			Concordo Totalmente			
Eu oiço as entidades de saúde e sigo os seus conselhos.	1	2	3	4	5	6	7

Penso cuidadosamente sobre o que fazer e cumpro-o.	1	2	3	4	5	6	7
Concentro-me no que faço.	1	2	3	4	5	6	7
Falo com outras pessoas para saber mais sobre a situação.	1	2	3	4	5	6	7
Eu sei como me proteger e faço-o com cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
Tive que fazer alterações na minha vida para conseguir lidar melhor com tudo isto.	1	2	3	4	5	6	7
Tenho pensado várias vezes sobre isto e tento entender a situação.	1	2	3	4	5	6	7
Concentro-me no trabalho ou noutras atividades para me distrair.	1	2	3	4	5	6	7
Tento deixar tudo isto para trás e quero descansar ou ir de férias.	1	2	3	4	5	6	7
Penso em coisas positivas para melhorar o meu humor.	1	2	3	4	5	6	7
Não há nada a fazer. Temos que aceitar o destino.	1	2	3	4	5	6	7
Gostaria de poder mudar as minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
Recuso-me a acreditar no que está a acontecer.	1	2	3	4	5	6	7

Dados Sociodemográficos

Género: Feminino Masculino

Idade: _____

Estado Civil: _____

Meio onde vive: Meio Urbano Meio Rural

Com quem vive: Sozinho/a Marido/Esposa/Companheiro/a

Marido/Esposa/Companheiro/a e Filho(s) Outra: _____

Escolaridade: _____ **Profissão:** _____

Situação Atual: Trabalhador Ativo/a Reformado/a

De entre as seguintes doenças/condições, selecione a(s) que se aplique(m) a si:

Doença Cardíaca

Doença Pulmonar

Diabetes

Hipertensão Arterial

Obesidade

Doença Oncológica

Doença Autoimune

Infeção HIV/SIDA

Doente Transplantado

Nenhuma opção se aplica a mim

Fuma? Sim Não

Já esteve infetado/a por COVID-19?

Sim Não Não, mas já estive em isolamento profilático

Muito obrigada pela sua colaboração!