

MESTRADO EM SOCIOLOGIA
[ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRUTURAS E DINÂMICAS SOCIAIS]

Covid-19: e tudo o que dissemos que não era

Representações, experiências e vivências da covid-19 na velhice

Andreia Patrícia Serdoura Soares

M

2022/2023



Andreia Patrícia Serdoura Soares

Covid-19: e tudo o que dissemos que não era Representações, experiências e vivências da covid-19 na velhice

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientada pela Professora Doutora Alexandra Cristina Ramos da Silva Lopes Gunes.

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2023

A todos os que torcem por mim.

Sumário

Declaração de honra.....	6
Agradecimentos.....	7
Resumo	8
Abstract	9
Índice de Figuras.....	10
Índice de Tabelas	11
Índice de Gráficos	12
Introdução	13
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	17
1. Processo de envelhecimento.....	17
1.1 Envelhecimento demográfico: contexto português	17
1.2 A construção do processo de envelhecimento	22
2. Viver e envelhecer em contexto rural	32
3. Saúde e envelhecimento	36
Capítulo II – A definição de um objeto de estudo	41
1. A pandemia da covid-19	41
2. A pandemia da covid-19 e a construção de risco para as pessoas mais velhas..	44
3. Contextualização das IPSS em Portugal – centros de dia.....	45
Capítulo III – Percurso Metodológico	47
1. Ponto de partida: contextualização do estudo e objetivos.....	47
1.1 Concelho de Baião	49
1.2 Covid-19 em Baião	53
2. Da metodologia à estratégia de pesquisa	54
2.1 Inquérito por questionário	57
2.2 Escalas e Questionários utilizados	58

2.3	Protocolo de proteção de dados.....	60
2.4	Tratamento e análise dos resultados.....	60
Capítulo IV – Análise e Discussão dos Resultados.....		61
1.	Apresentação, análise e discussão dos resultados.....	61
1.1	Composição sociodemográfica, recursos sociais e situação de saúde	61
1.2	Trajetórias covid-19 e vivência subjetiva da doença	74
1.3	O centro de dia pelo olhar dos indivíduos	86
2.	Considerações Finais	91
Referências Bibliográficas.....		94
ANEXOS.....		101
Anexo 1- Inquérito Individual		102
Anexo 2- Consentimento Informado.....		113

Declaração de honra

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi utilizada previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Agradecimentos

Parar, apenas por um dia, para agradecer este virar de página é, simultaneamente, nostálgico e enriquecedor.

Hoje sigo em frente sem nunca esquecer o apoio, dedicação e proteção dos meus pais. Obrigada pela cumplicidade, alegria e harmonia que é a nossa soma. Obrigada por sempre me incentivarem a caminhar determinada. E mesmo que às vezes com medo e dúvidas, mostrarem-me sempre que o caminho faz-se em frente.

À minha família e amigos: obrigada por torcerem por mim e por me proporcionarem momentos felizes, de compreensão e motivação.

À Professora Doutora Alexandra Lopes, agradecer a orientação e o cuidado que teve ao longo destes meses. Agradeço-lhe a liberdade, as críticas construtivas e as palavras de incentivo quando tudo parecia não estar tão bem.

Por fim, agradecer aos idosos do Cecajuvi e da Ober por cooperarem neste que é o culminar de mais um processo de aprendizagem. Em especial, à Doutora Susana e ao Doutor Nuno por responderem sempre às minhas dúvidas desde o primeiro contacto.

Resumo

A repentina disseminação de uma nova pandemia, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, comumente conhecido por covid-19, abalou todas as estruturas que até então julgava-se serem inabaláveis. Pouco tempo depois de a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter declarado a pandemia à escala global, o mundo viu-se confrontado com os efeitos do vírus e vários foram os investigadores e organizações a debruçarem-se sobre a temática. Tratando-se de uma doença, com os principais efeitos a recair sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos, não é intenção deste estudo apenas limitar-se à dimensão sanitária, mas, sobretudo, compreender os impactos da doença no dia a dia dos indivíduos, assimilando e refletindo sobre outros fenómenos.

Com efeito, o projeto de investigação desenvolvido é dedicado à temática da vivência da covid-19 pelas populações mais velhas do Concelho de Baião, utilizadoras de dois centros de dia Concelhios. Procurou-se perceber, por um lado, a relevância do tema da covid-19 e os desafios que dela emergem através da valorização dos testemunhos dos indivíduos. Por outro lado, procurou-se compreender como é que as representações sociais da velhice como fragilidade e risco, sustentadas em processos discursivos e simbólicos vincaram em dinâmicas de isolamento, separação e vulnerabilização, invertendo o que vinha a desenhar-se no plano da participação e inclusão social dos indivíduos nos centros de dia.

A componente empírica do estudo socorreu-se de uma recolha de tipo extensivo, através do inquérito por questionário, junto dos utilizadores dos centros de dia e convívio.

Palavras-chave: covid-19, envelhecimento, contexto rural

Abstract

The sudden spread of a new pandemic, caused by the SARS-coV-2 virus, commonly known as covid-19, has shaken all the structures that until then were thought to be unshakable. Shortly after the World Health Organization declared the pandemic on a global scale, the world was confronted with the effects of the virus and several researchers and organizations were forced to deal with. Despite being a disease, which deeply affects the well-being and health of individuals, the main intention of this study is not only to limit itself to the health dimension, but specially to focus on its impacts on the daily lives of the those individuals, and at the same time, assimilating and reflecting on other phenomena.

In fact, the research project developed is dedicated to the subject of the living of covid-19 by the older populations of the municipality of Baião, who are users of two municipal day care and recreation centers. On the one hand, we sought to, the relevance of the theme of covid-19 and the challenges that emerge from it through the valuation of the individuals' testimonies. On the other hand, we tried to understand how the social representations of old age as fragility and risk, supported by discursive and symbolic processes, became dynamics of isolation, separation and vulnerability. These dynamics were completely reversing what had been being drawn in terms of participation and social inclusion of individuals in the day care and recreation centers.

The empirical component of the study was based on an extensive data collection, through a questionnaire survey among the users of the referred centers.

Keywords: covid-19, aging, rural context

Índice de Figuras

Figura 1- Índice de envelhecimento.....	19
Figura 2- Pirâmides etárias, proporção de cada faixa etária na população (%).....	19
Figura 3- Mapa Tâmega e Sousa.....	49
Figura 4- Mapa Baião.....	49

Índice de Tabelas

Tabela 1- Indicadores da estrutura etária total por grandes grupos etários (%).....	20
Tabela 2- Indicadores da estrutura etária por grupo etário (%).....	20
Tabela 3- Idade média de reforma dos novos pensionistas de velhice.....	21
Tabela 4- População residente: total e por grupos etários (%).....	33
Tabela 5- População residente (nº) por local de residência (NUTS).....	33
Tabela 6- Quadro resumo Concelho de Baião.....	50
Tabela 7- Quadro resumo por freguesias.....	52
Tabela 8- População empregada: total e por setor de atividade económica (%).....	53
Tabela 9- Idade dos inquiridos por grupos etários.....	63
Tabela 10- Indicadores de caracterização socioeconómica dos inquiridos.....	66
Tabela 11- Questionário MOS-SSS: dimensões.....	70
Tabela 12- Questionário MOS-SSS e interceções.....	71
Tabela 13- Indicadores relacionados com a saúde.....	73
Tabela 14- Quadro resumo covid-19.....	76
Tabela 15- Escala Percepção de Risco Covid-19.....	79
Tabela 16- Escala de Fobia Covid-19.....	80
Tabela 17- Gradientes na variação das duas escalas relacionadas com a covid-19.....	83
Tabela 18- Correlação da escala MOS-SSS, C19PRS e C19PS.....	85
Tabela 19- Participação no centro de dia e covid-19.....	89

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Sexo dos inquiridos.....	62
Gráfico 2- Estado civil.....	62
Gráfico 3- Agregado doméstico.....	67
Gráfico 4- Indivíduos com filhos.....	68
Gráfico 5- Sentir-se sozinho/a.....	68
Gráfico 6- Vê familiares e amigos as vezes que gostaria.....	69
Gráfico 7- Índice de Barthel.....	74
Gráfico 8- Frequência realização das medidas de segurança.....	77
Gráfico 9- Tempo frequência do centro de dia.....	87
Gráfico 10- Participação frequente no centro.....	87

Introdução

Nos vários países da Europa, e um pouco por todo o mundo, o aumento acentuado da população idosa carece de alguma preocupação, sendo nos últimos anos motivo de debate e destaque na agenda internacional. À medida que envelhecem, os indivíduos experienciam transformações únicas e desafiantes e, embora seja um processo natural do desenvolvimento humano, cada indivíduo vive a velhice de maneira diferente.

Com efeito, o envelhecimento da população impõe-se como um desafio para a sociedade. Impreterivelmente, no processo de investigação sobre o fenómeno do envelhecimento, investigadores, cientistas e académicos enfatizam o carácter cronológico e biológico da velhice como uma conquista e uma oportunidade para os indivíduos. No entanto, a propensão natural para o declínio, o desenvolvimento de (multi)patologias e incapacidades, o aumento da probabilidade de morrer e a alteração da função imunológica é uma realidade irrefreável e o acréscimo de longevidade não garante o prolongamento de anos de vida saudável.

Ademais, falar da velhice e de pessoas idosas é também analisar as transformações existentes e determinantes no processo de envelhecimento e da construção da idade, balizando características, necessidades, sentidos e significados que enquadram os indivíduos em categorias socialmente construídas.

Hodiernamente, a perceção da pessoa idosa, perspectiva-se em traços que absorvem as incapacidades físicas (doenças), sociais (isolamento, solidão e exclusão) e materiais (associada à pobreza). Desvinculados da imagem de participação, de trocas intergeracionais e com uma tendência para o declínio das capacidades físicas, funcionais e cognitivas e o desenvolvimento de situações de vulnerabilidade social, o processo de envelhecimento coloca os idosos num limiar que nos discursos públicos não supera a noção de risco.

O eclodir de uma nova pandemia, no final do ano de 2019, introduz uma nova problemática a este grupo populacional, acentuando nos discursos públicos essa noção de risco.

Em Portugal, foi no dia 19 de março de 2020 que o Presidente da República Portuguesa, Professor Marcelo Rebelo de Sousa, decretou estado de emergência no

país, como consequência do novo coronavírus, uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-coV-2. Com esta situação, o mundo viu crescer uma grave crise económica e social, caracterizada pela restrição de direitos, liberdades e garantias até então inimagináveis.

O escalar de uma pandemia global e a presença de uma realidade sanitária sem precedentes, reavivou a importância de salvaguardar o bem-estar dos mais velhos, até porque compreendeu-se desde o início que um dos fatores de risco para contrair covid-19 e agudizar problemas de saúde é a idade avançada. Desta forma, foi em março de 2020, que a população mais velha assumiu a centralidade nos discursos públicos dos agentes de saúde e agentes políticos como os mais frágeis e, assim, foi sobre este grupo da população que incidiram as primeiras medidas restritivas da liberdade e prevenção.

À relevantíssima propagação do vírus e à avocação da condição de maior risco de infeção para os indivíduos mais velhos, corresponderam, assim, problemas, desafios e a necessidade de procurar respostas e impor medidas específicas com o objetivo de mitigar a doença. Com efeito, a pandemia fez levantar profundas alterações ao funcionamento das instituições que, muito embora tivessem um lugar determinante no combate à pandemia e na mitigação dos impactos negativos, foram obrigadas a fechar portas e a reinventar a sua intervenção. Em face do papel de inclusão e bem-estar que o envolvimento em respostas sociais dirigidas para idosos potencia na vida dos mais velhos, impõe-se uma incursão à forma como a covid-19 inverteu o que vinha a desenhar-se nessa lógica de participação, inclusão e bem-estar.

É nesta perspetiva que surge o presente estudo, adaptado à realidade do Concelho de Baião. Pretende-se que o estudo constitua um contributo para o melhor conhecimento dos fenómenos sociológicos associados à covid19 em contexto rural. De forma suplementar, objetiva-se dar visibilidade ao papel dos centros de dia na resposta à covid-19, tendo por base o suporte e apoio social que potenciam aos indivíduos e que foi condicionado pela pandemia. Espera-se que as orientações assumam um carácter exploratório, não extrapolando resultados, mas, antes, levantando questões, curiosidades e salientando alguns aspetos merecedores de destaque e reflexão.

Com efeito, esta dissertação está estruturada em **4 capítulos**.

O **primeiro capítulo** deste enquadramento teórico é dedicado à temática do envelhecimento, sistematizando, num subponto, elementos demográficos e, noutro, elementos de revisão de literatura sobre o processo de envelhecimento. Portugal enfrenta o repto de afirmar-se como um dos países cujo fenómeno do envelhecimento tem merecido especial atenção, não só por ser um dos países mais envelhecidos do mundo, mas, sobretudo, pelos desafios que essa posição representa. O primeiro subponto descreve e caracteriza a população portuguesa, através da utilização de dados retrospectivos, procurando assinalar a relevância do tema e destacar algumas tendências e dinâmicas de transformação da sociedade portuguesa nos últimos anos. A perspectiva da construção do processo de envelhecimento é um ponto fundamental para a formulação da problemática. A demografia permite-nos quantificar o número de idosos, mas para pensar o envelhecimento num todo, não é suficiente saber só quantos são os indivíduos mais velhos, mas, sobretudo, compreender a heterogeneidade do ser idoso. É neste sentido que surge o subponto “a construção do processo de envelhecimento” que, mais do que analisar padrões abrangentes ao processo de envelhecer, procura retratar a condição de ser idoso, elencando necessidades, recursos e representações características desta fase do ciclo de vida.

O **segundo capítulo** dá conta de todo percurso até à definição do objeto de estudo, cujos segmentos conferem, num primeiro subponto, destaque à pandemia da covid-19, através de uma breve contextualização da doença no país, enfatizando os riscos e consequências da doença. Num segundo subponto, e de forma intrínseca ao subponto anterior, enfatiza-se a construção de risco para as pessoas mais velhas. Por fim, o terceiro subponto destaca o papel dos centros de dia em Portugal.

O **terceiro capítulo** apresenta o posicionamento, por um lado, face à contextualização do estudo e objetivos, procurando destacar algumas características do Concelho de Baião e das instituições, assim como, estratégias de prevenção e defesa ativas; e, por outro lado, o posicionamento face à metodologia e estratégia de pesquisa que, para além de algumas considerações teóricas sobre o método privilegiado, expõe as dimensões de natureza técnico metodológicas, nomeadamente, o protocolo de recolha de informação, o protocolo de proteção de dados e o tratamento e análise de dados.

O **quarto capítulo** abrange a análise e discussão dos resultados obtidos. A análise dos resultados obteve conhecimento sobre 24 idosos incluídos na amostra, salientando: as características sociodemográficas, os seus recursos sociais e a sua situação de saúde; a compreensão das trajetórias da covid-19 e a vivência subjetiva da doença; e o papel do centro de dia na vida dos inquiridos e a experiência de institucionalização durante a pandemia. Este capítulo comporta, ainda, uma conclusão final tendo em linha de conta justamente todas as reflexões registadas nesta dissertação.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Processo de envelhecimento

1.1 Envelhecimento demográfico: contexto português

O envelhecimento populacional é uma inegável conquista humana, cujos contornos sustentam-se em indiscutíveis melhorias de condições de vida e de saúde, no prolongar da participação dos indivíduos na sociedade, na satisfação das necessidades e valorização das experiências de vida, mas, também, nos desafios e problemas que a ela estão inerentes.

Em termos práticos, e de acordo com Rosa (2000), este fenómeno caracteriza-se pela evolução particular do perfil etário da população, que corresponde ao aumento da importância estatística das pessoas com idades superiores (envelhecimento no «topo» da pirâmide etária) ou à diminuição da importância estatística das pessoas nas idades mais jovens (envelhecimento na «base» dessa pirâmide).

Nos vários países da Europa, e um pouco por todo o mundo, o envelhecimento demográfico assume especial relevância em 1999, quando a Organização das Nações Unidas define esse ano como o Ano Internacional da Pessoa Idosa e o conceito começa a ganhar projeção e relevância na agenda de debate internacional (ONU, 2023).

Antes, em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas, atendendo às transformações sociais que vinham acontecer e à necessidade de valorizar a contribuição das pessoas mais velhas na sociedade, define e incentiva a adoção dos 18 Princípios das Nações Unidas para os Idosos, estando eles intrinsecamente relacionados com a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade (ONU, 2023).

Também em 2002, aquando da Segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada em Madrid, estipulou-se o Plano Internacional para a Ação sobre o Envelhecimento (Plano Internacional de Madrid 2002). Este foi um marco para projeção da questão do envelhecimento demográfico e para orientar o pensamento e ação sobre a importância de desenvolver uma sociedade para todas as idades (UN, 2023). As recomendações da ação foram, neste sentido, organizadas mediante três eixos prioritários: a necessidade de considerar a importância e o lugar das pessoas mais velhas

nas dinâmicas de desenvolvimento; a necessidade de promoção da saúde e bem-estar do idoso; e a necessidade de desenvolver ambientes de apoio e inclusivos para a população idosa (UN, 2023).

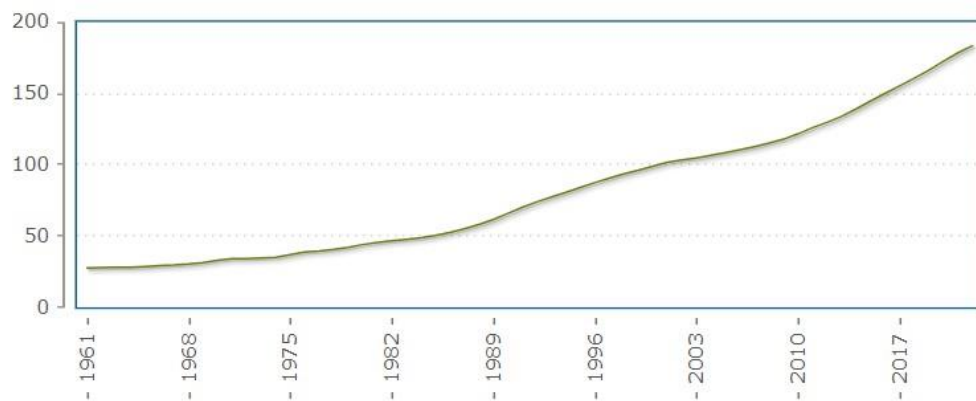
A realidade sociodemográfica na Europa revela que o envelhecimento demográfico teve início nos anos 60, representando um grande desafio com consequências ao nível social, económico e político. Esta realidade é caracterizada por três fatores: “uma taxa de fecundidade inferior à necessária para assegurar a reposição das gerações, conjugada com um aumento significativo da longevidade e com os quantitativos migratórios insuficientes, agravando o quadro de envelhecimento da população” (Rodrigues & Henriques, 2023, p. 5).

Além disso, não se pode esquecer que “a sociedade contemporânea foi precedida de um século XX rico em eventos médico-sanitários, socioeconómicos e outros, que permitiram à população mundial transitar de um sistema milenar, caracterizado por uma mortalidade e natalidade elevadas, para níveis cada vez mais baixos em ambos os indicadores. Esta mudança explica a passagem gradual de um ciclo de vida curto e instável para um ciclo de vida longo e estável, onde a conquista de anos de vida foi acompanhada por uma melhoria do estado de saúde” (Moreira & Veiga, cit.in Rodrigues & Henriques, 2023, p. 8).

Portugal não abandona esta tendência e assume a dianteira europeia em matéria de envelhecimento demográfico, sendo, de acordo com o Aging in Place, o quinto país mais envelhecido do mundo (Whelan, 2023), com tendências demográficas caracterizadas pelo aumento da esperança de vida, a redução da mortalidade infantil, o aumento da emigração e a queda da fecundidade.

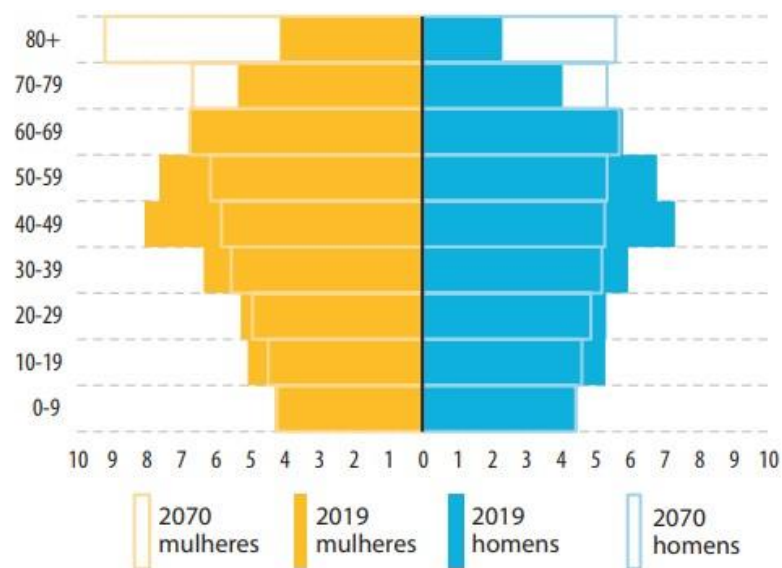
As estimativas mais recentes, de acordo com os dados do Pordata (2023), evidenciam o aumento progressivo do índice de envelhecimento português: atualmente existem aproximadamente 183 idosos por cada 100 jovens **[Figura 1]**, confirmando o fenómeno de duplo envelhecimento demográfico (aumento da população idosa e diminuição da população jovem) e a inversão da distribuição etária da população **[Figura 2]**.

Figura 1- Índice de envelhecimento



Fonte: Pordata (2023)

Figura 2- Pirâmides etárias, proporção de cada faixa etária na população (%)



Fonte: Eurostat (2023)

O número de idosos em Portugal excede desde 2001 o número de jovens **[Tabela 1]**, sendo que, no contexto hodierno, dos 10.444.242 milhões de cidadãos portugueses, 1.354.417 (12,97%) têm menos de 14 anos, 6.605.042 (63,24%) têm entre 15 a 64 anos e 2.484.783 (23,79%) têm 65 ou mais anos (Pordata, 2023).

Tabela 1- Indicadores da estrutura etária total por grandes grupos etários (%)

Grupos Etários	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2021
% População 0-14	29,1%	28,5%	25,3%	19,7%	16,2%	15,0%	13,1%
% População 15-64	62,9%	61,8%	63,2%	66,5%	67,3%	66,0%	63,5%
% População 65 ou mais	8,0%	9,7%	11,5%	13,8%	16,5%	18,9%	23,4%

Fonte: Pordata (2023)

Os cenários prospetivos preveem um aumento cada vez mais significativo do número de indivíduos mais velhos, principalmente um aumento da categoria dos “grandes idosos¹” [Tabela 2], provocado pelos níveis baixos de fecundidade e pelo aumento da esperança média de vida. Portugal é atualmente o 8º país do mundo com a maior esperança média de vida à nascença, sendo que um português pode esperar viver até aos 81 anos, ou se quisermos, um português pode esperar viver até aos 78 anos e uma portuguesa até aos 83 anos (Pordata, 2023).

Tabela 2- Indicadores da estrutura etária por grupo etário (%)

Grupos Etários	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2021
64 e menos	92,0%	90,33%	88,51%	86,51%	83,56%	81,06%	76,58%
65-69	3,01%	3,83%	4,12%	4,82%	5,18%	5,14%	6,29%
70-74	2,3%	2,70%	3,41%	3,56%	4,37%	4,61%	5,71%
75-79	1,49%	1,71%	2,23%	2,75%	3,37%	4,07%	4,52%
80-84	0,76%	0,91%	1,15%	1,72%	1,97%	2,86%	3,46%
85 ou mais	0,44%	0,52%	0,58%	0,94%	1,55%	2,26%	3,44%

Fonte: Pordata (2023)

Por seu turno, o número médio de filhos por cada mulher é cada vez menor (1,35 filhos) e a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é cada vez maior (30,8

¹ O aumento da esperança média de vida e, consequentemente, o aumento do número de indivíduos mais velhos, principalmente os indivíduos com mais de 80 anos, tem estabelecido na literatura novas designações para a categoria idoso. É nesta perspetiva que surge a categoria “grandes idosos”.

anos de idade), o que compromete a passível alteração da base da pirâmide e a substituição das gerações (Pordata, 2023).

Em boa verdade, apesar do otimismo encaminhado pela longevidade e das mudanças operadas nas últimas décadas, a última fase da vida de um indivíduo, que cada vez é mais longa, pode ser vivida sem a qualidade a que todos temos direito e com o acréscimo da ineficácia da gestão das políticas sociais. Nesta perspetiva, Luís Capucha (2014, p. 121) salienta três dos principais problemas emergentes do envelhecimento da população análogos (1) à posição que os indivíduos ocupam na sociedade, (2) ao empobrecimento da qualidade de vida e (3) das relações sociais e o papel do Estado face às políticas da terceira idade.

- (1) É possível constatar que ao longo dos últimos anos, existe um aumento ligeiro da idade média de saída do mercado de trabalho **[Tabela 3]** e esta tendência é, por seu turno, compaginável com a subida das taxas de atividade e de emprego dos trabalhadores mais velhos subjacentes a alterações ocorridas nos regimes de reformas e de pensões. Do ponto de vista da posição social, numa sociedade caracterizada pelo poder e estatuto, a saída do mercado de trabalho para a inatividade transformou-se num problema de identidade pessoal, provocando sentimentos de inutilidade e diminuição da participação social (Moura, 2012, cit.in Capucha, 2014).

Tabela 3- Idade média de reforma dos novos pensionistas de velhice

	2001	2011	2021
Idade	64,0	62,3	64,7

Fonte: Pordata (2023)

Apesar de ser indiscutível a importância do emprego na vida dos indivíduos, os sentimentos derivados da falta dele só podem ser caracterizados tendo em consideração aquilo que ele lhes proporciona. Além de ser uma fonte de rendimentos importante para a satisfação das necessidades humanas; o emprego permite o desenvolvimento e aprendizagem de competências pessoais e profissionais; o acesso a locais diferentes do ambiente doméstico; sendo um meio de estruturação do tempo;

promotor de interação social, da constituição de relações de amizade e redes de interconhecimento e, ainda, de identidade pessoal (Guiddens, 1997, p. 605).

(2) Viver mais nem sempre significa viver com qualidade de vida, sendo incontável a progressiva perda de capacidades físicas, psicológicas e da autonomia para a realização das tarefas do dia-a-dia (Carvalho, 2012; Barreto, 2005, cit.in Capucha, 2014), assim como, o empobrecimento da qualidade de vida e da densidade da vida social também influencia a saúde dos indivíduos e limita o prolongar da vida (Wilkinson, 1996, cit.in Capucha, 2014).

(3) O envelhecimento acarreta muitos problemas quando se pensa na perspectiva pessoal dos indivíduos, mas também é um desafio na agenda de reforma do Estado (Capucha, 2014). Este problema é agravado em Portugal, uma vez que o sistema de proteção e ação social ainda não conseguiu atingir níveis de desempenho que assegurem a todos um nível de vida minimamente digno, que só podem ser alcançados através do aumento das pensões mais baixas e da promoção da qualidade e do alargamento da rede de prestação de cuidados e serviços sociais (Capucha, 2017).

1.2 A construção do processo de envelhecimento

Um dos desafios estruturais com o qual a sociedade atual se confronta na hodiernidade reside na complexidade de fatores e dinâmicas que espelham, em simultâneo, a especificidade dos principais indicadores demográficos relativos ao envelhecimento da população e a diversidade de significações, padrões e representações inerentes ao próprio processo de envelhecimento.

O processo de envelhecimento é um processo irreversível para o ser humano, sendo nos dias que correm impreterível descortinar os discursos predominantes que configuram o fenómeno. Sabemos que é um processo biológico, social e psicológico: um processo biológico, não começássemos nós a envelhecer assim que nascemos; um processo social, associado aos papéis que nos são atribuídos e impostos ao longo da vida e às relações que estabelecemos; e um processo psicológico, caracterizado pela capacidade dos indivíduos se autorregularem no campo das forças e na tomada de decisões nos processos de senescência e envelhecimento (Paúl, 2017).

Além disso, sabemos que é um conceito que engloba a senescência como expressão do desenrolar do tempo biológico e o avanço da idade como o desenrolar do tempo cronológico (Henrard, 1997, cit.in Silva, 2006).

Ainda assim, este é um tema cuja diversidade e debates não são simples, nem lineares, uma vez que, “trata-se de uma questão e de um processo interativo e complexo, no qual se identificam fatores internos ao próprio indivíduo (genética, experiências, possibilidades e expectativas) e fatores externos associados às possibilidades ambientais e organizacionais (Lima, 2010, pp. 10-14). É, assim, um processo com mudanças físicas, psicológicas e sociais que influenciam a vida dos indivíduos, fragilizando, diminuindo e limitando as suas capacidades e recursos.

Numa primeira aproximação à problemática, o dissentimento existe logo no limiar a partir do qual se classifica um indivíduo como idoso e na própria divisão das idades da velhice. A velhice, enquanto categoria social e estereótipo socialmente produzido e facilmente reconhecível, “pode dizer-se que ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma” (Fernandes, 2023, pp. 43-44), ainda que a idade de reforma seja influenciada pela ocupação, o país, os sistemas sociais e as épocas históricas (Fonseca, 2023).

No entanto, as transformações demográficas mais recentes e o prolongar da vida invocam novas singularidades à velhice, salientando que “a pessoa idosa não existe, existem muitas pessoas em fases diversas do último tramo da vida, que partilham atributos que se foram diversificando e a respeito das quais mudaram as representações sociais, os valores, os estereótipos, as políticas, as práticas relacionais e os contextos de vida” (Capucha, 2014, p. 114). Assim surgem os “idosos jovens”, os idosos “tout-court”, os “grandes idosos”, a “velhice invisível” e outras designações para períodos da vida que se prolongam no âmbito das “idades móveis” (Fernandes, 1997 cit.in Capucha, 2014).

Outra diferença assenta no facto de cada indivíduo envelhecer de forma diferente, com ritmos próprios e com padrões que, por um lado, refletem as alterações típicas da idade ou, por outro, tendem a alcançar um elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, através da combinação de fatores genéticos, pessoais e ambientais (Paúl, 2017).

Desta forma, e como período de exigentes mudanças e apropriação de novas condições de vida, a velhice apresenta-se como um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar dos indivíduos mais velhos, uma vez que é um processo complexo, dinâmico, que se perpetua ao longo da vida dos indivíduos (Lima, 2010) e que pode ser, assim, problematizado sob o ponto de vista demográfico, da idade cronológica, da idade fisiológica e biológica, da idade psicológica e da idade cultural e social (Carvalho, 2013, p. 1).

Quanto ao envelhecimento demográfico, e tal como analisado anteriormente, o mesmo define-se “a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambas” (Carrilho, 2007, p. 24). Além disso, “assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e a fecundidade assumiam valores elevados para um modelo em que ambos os movimentos assumem níveis baixos” (Carrilho, 2007, p. 24).

A idade cronológica (ageing) assenta na forma como organizamos o que nos acontece ao longo da vida de acordo com a idade (Carvalho, 2013). Assim, a idade cronológica é explicada em relação à teoria do ageing, associada ao ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990; Lima, 2010, p. 21) e utilizada na forma como organizamos o ciclo de vida na velhice e atribuímos sentido ao que ocorre nessa fase (Lima, 2010, p. 39). O envelhecimento está, assim, associado ao envelhecer como processo que equaciona o percurso de vida e as mudanças físicas, mentais, sociais e culturais, relacionadas com a idade (Fonseca, 2006, p. 85).

Também a idade fisiológica e biológica apresenta uma importância no que diz respeito ao envelhecimento, uma vez que, à medida que vamos envelhecendo vamos acumulando doenças e acelerando a morte dos organismos. Assim, “o envelhecimento é um processo, interpretado em ligação com teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e o aparecimento de perturbações de saúde que, por sua vez, contribuem para a diminuição das probabilidades de sobrevivência à medida que a idade avança (Silva, 2006; Vaz, 2008, cit.in Carvalho, 2013, p. 4). A idade biológica está relacionada com o crescimento orgânico (Fontaine, 2000, p. 23) remetendo a sua análise

para a avaliação funcional (Lessa, Rendas, Samouco, Botelho, & Ramilo, 1994; Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006). Aqui importa compreender que a capacidade funcional vai-se degradando consoante a idade avança, sendo que o envelhecimento resulta da “vulnerabilidade de crescente e de uma maior probabilidade de morrer” (Schroots & Birren, 1980, cit.in Lima, 2010, p. 13).

Por sua vez, a idade psicológica e a idade cultural e social estão relacionadas com as competências utilizadas pelos indivíduos num determinado ambiente (Fontaine, 2000), sendo que aqui o envelhecimento é perspectivado através do processo cognitivo-afetivo e através dos seus comportamentos (Oliveira, 2005, p. 6). Assim, o envelhecimento pode ser explicado “a partir dos processos mentais, motivacionais e cognitivos” (Oliveira, 2005, p. 6) vivenciados pelos indivíduos e “definido pela autorregulação do indivíduo, pelas funções psicológicas, como a memória e a tomada de decisões, e pela forma de lidar com o processo de senescência” (Lima, 2010, p. 14). Por sua vez, no que diz respeito à idade cultural e social o envelhecimento é associado “ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam” (Fonseca, 2006, p. 24; Fontaine, 2000), sendo que esses papéis influenciam o autoconceito do que é ser velho (Carvalho, 2013).

Tendo em consideração a multidimensionalidade do conceito, são várias as perspetivas/teorias que o analisam, nomeadamente: as abordagens individuais; as abordagens familiares; as abordagens intergeracionais; as abordagens dos direitos e da dignidade humana; e as abordagens do género e do desenvolvimento social (Carvalho, 2013, p. 5).

A perspetiva individual relaciona o envelhecimento com as capacidades pessoais, físicas, psíquicas e o modo de vida, remetendo para explicações naturalistas (Darwin) e para a ideia de responsabilidade individual num contexto de individualização na sociedade. Assim, esta abordagem “parte do pressuposto de que se os indivíduos controlarem o seu próprio conhecimento, decisão individual, este será bem sucedido, sobretudo se optarem por participar em atividades sociais efetuarem uma boa gestão de saúde e do corpo. A ideia é a de que se os sujeitos controlarem a sua vida, se mantiverem a sua capacidade de decisão, têm mais probabilidade de ter um envelhecimento normal” (Guimarães, 2010; Simões, 2006, cit.in Carvalho, 2013, p. 5).

Uma outra teoria prende-se com os papéis associados aos indivíduos e o tipo de interação que os mesmos possuem com a família (Karsch, 1998; Kroger, 2003; Mesthenes e Triantafillou, 2005; São José, Wall e Correia, 2002, cit.in Carvalho, 2013), sendo a falência dessas interações e a falta de cuidado informal uma consequência na vida dos mais velhos (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Sousa et al., 2004, cit.in Carvalho, 2013).

Também a intergeracionalidade é uma perspetiva interessante em termos de envelhecimento, uma vez que, representa “a dinâmica das trocas entre as diversas gerações (infância, juventude, idade adulta, idade da velhice) a fim de melhor compreender o outro no seu horizonte existencial quotidiano, considerando raízes étnicas sociais e culturais” (Novaes, 2008, p. 132). Assim, um fator importante a ter em consideração na idade da velhice é o diálogo e reciprocidade entre gerações, não só em termos de serviços e cuidados informais familiares, mas também no que diz respeito aos serviços e cuidados formais associados ao sistema de segurança social e de saúde (Botequilha, 2005; Mendes, 2005 e 2011, cit.in Carvalho, 2013).

Uma outra perspetiva prende-se com as teorias do poder e de género, enfatizando a autonomia e a participação desigual no que diz respeito ao grupo dos mais velhos em relação aos mais novos (Carvalho, 2013). O género é um “termo utilizado no contexto social, podendo ser definido como um esquema de categorização dos indivíduos, esquema esse que utiliza diferenças biológicas como base para a designação das diferenças sociais” (Nogueira, 2001).

Enquanto República, a nossa Constituição prevê os direitos, liberdades e garantias pessoais, bem como a dignidade da pessoa humana como princípios fundamentais. Assim, esta perspetiva de análise salienta o poder da autodeterminação- autonomia participação e escolha (Carvalho, 2013), bem como o direito a viver condigna e livremente (Guimarães, 1999, cit.in Carvalho, 2013).

Finalmente, outra teoria tem como ponto de vista as representações e as práticas sociais, que tentam explicar estas dimensões através das categorias de velho e de velhice (Lima & Viegas, 2023; Viegas & Gomes, 2007). Além de que, situam o envelhecimento num determinado espaço tempo, considerando as significações da velhice contextualizada culturalmente e as experiências e práticas, e as interações e os

papéis sociais dos agentes implicados no processo (Carbonnelle, 2010; Mauritti, 2004; Silva, 2006; Vaz, 2008, cit. in Carvalho, 2013). Assim, “o envelhecimento é assumido como uma construção social decorrente do processo de desenvolvimento e modernização das sociedades” (Carvalho, 2013, p. 8).

Assim, contextualmente:

- (1) Envelhecer implica assimilar os efeitos da passagem do tempo ou tornar-se velho, não ser jovem, amadurecer e ter experiência. Envelhecer implica olharmos para esse processo e compreendermos as experiências de vida (autoconceito), os contextos e os processos que determinam o modo como envelhecemos. Este olhar relaciona-se com acontecimentos que se estruturam com o tempo, através de rituais de passagem e implicando mudanças nos sujeitos e na sociedade (Lima, 2010; Viegas e Gomes, 2007). Assim, envelhecer é um processo ligado “à forma como a sociedade encara os mais velhos, às expectativas e aos papéis que lhes são atribuídos na velhice” (Lima, 2010, p. 14).
- (2) A velhice é o estado do que é velho, com idade avançada e antigo, representando a última fase da vida (Lima, 2010, p. 15). Associado a este estado está a expressão “pessoas idosas”, sendo que para Peixoto (1998, cit. in Carvalho, 2013, p. 5) “esta representa uma noção *floue* de velho, que pretende integrar tudo o que diga respeito a este grupo, homogeneizando-o e indiferenciando-o dentro dessa categoria social.” Para a autora supracitada este conceito é gerador de confusão semântica e uma forma de incluir tudo o que diz respeito aos mais velhos na sociedade moderna.
- (3) O envelhecimento não é um estado, mas um processo que envolve vários fenómenos que ocorrem numa ordem e num período específico: o ciclo da vida. Tal como refere Fonseca (2006, p. 43) “esta noção ultrapassa a explicação do envelhecimento como idade, como algo estático, introduz explicações integradas e dinâmicas associadas ao percurso de vida dos sujeitos. Assim, importa refletir sobre os papéis, a experiência de vida, a trajetória, as expectativas correlacionadas contexto social e cultural.

Importa, ainda, referir que o envelhecimento tem vindo a ser analisado em resposta às transformações que temos vivido nos últimos anos, principalmente numa conjuntura

que faz emergir elementos estruturantes no processo da vivência da velhice e da própria construção da idade, nomeadamente, as representações da velhice (quer dos próprios indivíduos idosos, quer da sociedade) e as desigualdades existentes.

No quadro das representações da vivência da velhice identificam-se dois grandes conjuntos. Por um lado, os discursos da velhice negativa, onde se sublinham as situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência, associada à ideia de que “a partir de determinada etapa do ciclo de vida coexistíssemos todos, fatalmente, num espaço social indiferenciado, não estruturado, sem integração ou oportunidades” (Caradec, cit. in Mauritti, 2004, p. 340). E por outro lado, “contrariando estas imagens, desenham-se os discursos dirigidos aos «menos jovens», que não se enquadram no modelo anterior” (Caradec, cit.in Mauritti, 2004, p. 340) e estão associados a designações positivas que projetam a velhice num tempo de lazer, liberdade e de autoaperfeiçoamento.

No tempo presente, “a condição de ser idoso corresponde hoje a padrões diversificados de histórias de vida e de comportamentos cuja complexidade, para ser devidamente compreendida, necessita de ser guiada por um olhar que elucide a construção de sentidos e significados para o ato de envelhecer” (Fonseca A. , 2023, pp. 65-66). A par destas representações, e pensando numa perspetiva de análise das mesmas, importa, assim, compreender que a velhice é condicionada por fatores internos e externos aos indivíduos, sendo que, “a forma como se vive a velhice é uma função da configuração da sociedade, do modo como se desenvolve a economia, do tipo de vivência familiar e das características do parque habitacional. Estes fatores agem como condicionantes ou mesmo como determinantes da vida dos idosos no mundo contemporâneo. Há uma construção social da velhice de harmonia com estas diversas variáveis” (Fernandes A. , 2017, p. 225).

O processo de envelhecimento acaba por afetar, assim, a relação dos indivíduos com a sociedade. A primeira grande mudança é “encarada em função do trabalho. Os primeiros tempos da reforma podem ser vivenciados com o prazer de uma existência sem constrangimentos, na medida em que se foge ao ritmo dos horários. Esta fase é caracterizada pela transição do trabalho ao não trabalho, ou do constrangimento ao prazer do tempo livre” (Fernandes A. , 2017, p. 229). No entanto, “as pessoas são

libertadas do trabalho, mas ainda não se têm como velhas. Sentindo-se na força da vida, é-se libertado da obrigação do trabalho ou empurrado para essa situação. É nesta altura que se torna mais vivo o paradoxo de se ser idoso e de não se sentir velho. A avaliação é subjetiva e resulta da relação estabelecida entre o estilo de vida que se tem ou se deseja e a capacidade para o usufruir” (Fernandes A. , 2017, p. 229).

O tempo livre pressupõe uma reinvenção da vida. “O não fazer nada, a liberdade de todo o tempo, transforma-se em enfado, obrigando a uma reconstrução da vida. Cedo se descobre que é indispensável introduzir um novo ritmo e outras inércias, deixando de se ficar entregue à fruição do instante. (...) Algumas preocupações rodeiam, em especial, esta fase, nomeadamente a provação do sofrimento, o desejo de não ser pesado aos outros, em correspondência com o ideal moderno da autonomia, e o tentar evitar, a todo o custo, a impressão de decrepitude. Isso não se torna fácil para as pessoas, a braços com a necessidade de preencher o tempo na sua totalidade, num tempo em que há, cada vez menos, tempo para arriscar e errar” (Fernandes A. , 2017, p. 230).

Com efeito, a entrada na velhice manifesta-se na “perda da capacidade de participar na vida social. O indivíduo, de acordo com a mentalidade dominante nas sociedades ocidentais, só existe quando desenvolve uma atividade social. Esta atividade serve-lhe de espelho para a construção da sua identidade e de base à sua autoestima. O envelhecimento atinge profundamente a pessoa, na sua personalidade, na sua consciência e no seu modo de participação. Saber envelhecer é, por isso, também saber aceitar” (Fernandes A. , 2017, p. 230).

A entrada na velhice, o processo de envelhecimento, assim como, as representações sociais que persistem perante os mais velhos resultam, assim, no confronto com alguns problemas que tendem acentuar-se progressivamente, sendo que, é amplamente conhecida a situação de vulnerabilidade do ser idoso, fortemente afetada pela pobreza, isolamento, solidão e exclusão social.

A pobreza é encarada como a consequência de um processo estrutural que implica não só a dimensão económica, mas também, a dimensão social e política, numa lógica de reprodução umas das outras, sendo um fenómeno que varia no tempo, no espaço e no seu significado. O autor Bruto da Costa (1998) salienta dois aspetos fundamentais: a

privação e falta de recursos que advêm da pobreza e o facto de esta privação se traduzir em más condições de vida, sendo que importa salientar que a pobreza não pode ser só associada a dimensões visíveis e objetivas, pelo facto da mesma estar presente em dimensões como a liberdade, o desenvolvimento humano e a realização dos indivíduos.

É um facto que nos últimos anos a conquista de notáveis melhorias nas condições de vida tem achatado a curva da taxa de risco de pobreza, mas os números não podem ofuscar uma das facetas assumidas pelo aumento da longevidade: a pobreza da população idosa, que não sendo consensual e homogénea pode afetar a vida dos idosos de variadas formas.

Deve-se ter em consideração que o processo de envelhecimento não pode ser percecionado como um determinante da pobreza, mas, sobretudo, que a pobreza insere-se em condições de vida que devem ser consideradas como resultado dos percursos de vida e os vários acontecimentos que ocorrem mesmo antes da fase da velhice, sendo, assim, impreterível analisar a pobreza na velhice como resultado de trajetórias complexas de acumulação de desvantagens (Lopes, 2015).

Neste sentido, alguns fatores podem ter especial relevância quando se analisa a situação de pobreza das pessoas idosas, nomeadamente: a saída do mercado do trabalho e a transição para a inatividade; a diminuição das capacidades funcionais, cognitivas e físicas; a perda do conjugue por morte ou de outros membros da família (Lopes, 2015); como consequência da saída do mercado de trabalho, a entrada no regime de aposentadoria, muitas das vezes traduzido em baixas pensões ou até mesmo nenhuma fonte de rendimento, como consequência da inexistência de um sistema de proteção social universal e de qualidade antes da Revolução do 25 de abril e das suas dificuldade após essa data; e a precariedade na trajetória do mercado de trabalho, caracterizada por baixas remunerações e trabalhos instáveis e pouco compensatórios (Capucha, 2005).

No fundo, “a distribuição dos riscos na velhice é muito desigual, não só devido a uma série de eventos e condições que não podem ser totalmente controlados, mas também, e sobretudo, devido a uma série de dimensões de vulnerabilidade que são socialmente construídas e têm uma base estrutural, dimensões que muitas vezes se desenvolvem gradualmente ao longo da vida. São essas condições estruturais, argumentamos, que

moldam não só o risco de exposição à pobreza na velhice, mas também a capacidade e a forma como os indivíduos conseguem gerir os desafios específicos que surgem com a idade avançada para se abrigarem do risco de pobreza e das suas consequências” (Lopes, 2015, pp. 155-156).

Também com a chegada da velhice, os idosos defrontam-se com a diluição e ausência dos contactos sociais, por isso é usual os idosos experienciarem, além da pobreza, sentimentos de solidão e isolamento social.

O sentimento de solidão pode desencadear-se assim que os mais velhos se reformam e, conseqüentemente, afastam-se de um contexto marcado por grandes laços sociais e convivialidades, mas também pode encetar com a perda dos seus pares e/ou outros significativos. Seja qual for o motivo, a experiência de solidão manifesta-se como uma condição negativa para os idosos, contribuindo para uma qualidade de vida fraca, uma vez que “corresponde a uma privação percebida do contacto social, a falta de pessoas disponíveis ou dispostas a partilhar experiências sociais e emocionais, um estado no qual os indivíduos têm o potencial para interagir com os outros mas não o fazem, ou uma discrepância entre a interação real com os outros e a desejada (Victor et al., 2000; Gierveld, 2008, cit.in Paúl, 2012, p. 33).

Por sua vez, “a situação de isolamento social é uma condição de ausência de contactos sociais, provocada por condições objetivas do contexto social e físico em que as pessoas habitam, nomeadamente o residir em zonas remotas ou, no contexto urbano, não obstante haver pessoas por perto, não haver contactos, por ausência de família ou esta ser inacessível, nem inexistirem redes informais de vizinhança que prestem apoio instrumental ou outro. O sentimento de solidão pode resultar desse isolamento social ou não decorrer dele. Pessoas que vivem isoladas ou sempre viveram isoladas, nomeadamente por opção pessoal, podem não sentir solidão, mesmo quando sentem falta de apoios para a manutenção da vida” (Paúl, 2012, p. 33).

Ora, as questões sobre solidão e isolamento social na velhice têm tido grande visibilidade e colhido interesse alargado, principalmente numa conjuntura que faz reconhecer e diligenciar o apoio social e as redes de suporte social como importantes fatores na promoção do bem-estar dos mais velhos e no combate aos sentimentos de solidão e isolamento.

A rede social do idoso é construída ao longo da vida, “sendo que a sua extensão vai depender de fatores sociodemográficos, fatores culturais e fatores da personalidade. Com o avanço da idade, as alterações na rede social surgem na sequência de transformações do campo relacional ou como resposta às necessidades do indivíduo” (Maia, Castro, Fonseca, & Fernández, 2016, pp. 294-295).

Com efeito, falar de isolamento e solidão na população idosa é, com demasiada frequência, falar de mudanças nos estatutos e papéis que, ora se vão perdendo ou ganhando, especialmente, a perda da autonomia que compromete e diminui os contactos sociais e, assim, empobrece a qualidade e densidade da vida social; a alteração conjugal (viuvez); a reconstrução da vida após a reforma, introduzindo novos ritmos e novas formas de preencher o tempo levam ao empobrecimento do quotidiano e dissociação da participação social.

Ser-se membro de uma determinada sociedade implica ter-se direitos políticos e civis, mas também garantias quanto aos direitos inerentes à dignidade humana ou às necessidades individuais. Porém, em qualquer forma de estruturação social a desigualdade social é um fenómeno presente. Assim, nem todas as pessoas possuem os mesmos recursos materiais e sociais para participar nas diferentes instituições. A exclusão surge com o aumento das dificuldades, onde se torna evidente a diferença entre os que conseguem mobilizar os seus recursos (sociais, económicos, culturais, entre outros) em torno de uma participação social ativa e os que não conseguem por falta dos mesmos.

2. Viver e envelhecer em contexto rural

As transformações sociais vivenciadas nos últimos anos, com direta incidência na experiência de envelhecer, nomeadamente, nas perspetivas, percursos, representações e significações de cada indivíduo, torna inevitável pensar no local onde vivemos e na comunidade onde estamos inseridos como influência na forma como vamos experienciar o processo de envelhecimento. Procurando sistematizar o processo de territorialização do envelhecimento em Portugal, balizado sobretudo à luz das assimetrias litoral/interior associadas à dicotomia rural/urbano ou, se quisermos,

cidade/campo, os dados mais recentes evidenciam um aumento, nos últimos anos, do peso da população com mais de 65 anos por todo o território **[Tabela 4]**.

Tabela 4- População residente: total e por grupos etários (%)

Territórios	0-14		15-64		65 ou mais	
	2001	2022	2001	2022	2001	2022
Norte	17,7%	12,3%	68,3%	64,6%	14,0%	23,1%
Centro	15,2%	11,9%	65,2%	60,8%	19,6%	27,3%
Área Metropolitana de Lisboa	15,2%	14,5%	69,3%	63,5%	15,5%	22,0%
Alentejo	13,9%	12,5%	63,6%	60,7%	22,5%	26,8%
Algarve	14,8%	13,7%	66,4%	62,3%	18,7%	24,0%

Fonte: Pordata (2023)

Analisando, em particular, a distribuição da população mais velha pela área urbana/rural em Portugal **[Tabela 5]**, é possível verificar que grande parte dos indivíduos com 65 ou mais anos habita em área predominantemente urbana. No entanto, é igualmente possível analisar que é na área predominantemente rural que os indivíduos com 65 e mais anos têm mais peso, perfazendo aproximadamente 31% da população total.

Tabela 5- População residente (nº) por local de residência (NUTS)

Território	População com 65 e mais anos					
	Área predominantemente urbana		Área mediamente urbana		Área predominantemente rural	
Portugal	Total	65 ou mais	Total	65 ou mais	Total	65 ou mais
	7 236 287	1 546 787	1 377 845	315 163	1 187 996	366 578
	100%	21,37%	100%	22,87%	100%	30,85%

Fonte: INE (2023)

Vários são os autores que focalizam a importância de manter a pessoa no seu meio, até porque com o avançar da idade é cada vez maior o interesse dos indivíduos em permanecer na sua casa e na comunidade. O tão cobiçado “envelhecer bem” que, tal

como já foi referido, também está inerente à relação da pessoa idosa com o meio onde vive (habitação e contexto físico e social envolvente), tem sido, assim, cada vez mais associado ao conceito de *aging in place*.

Aging in place, ou se quisermos, envelhecer no lugar, denota-se na capacidade de os indivíduos viverem na sua casa e comunidade, com segurança e de forma independente ao passo que ocorre o processo de envelhecimento (WHO, 2015), envolvendo uma dimensão física (casa, aldeia, bairro, cidade), social (relações e contactos interpessoais), emocional e psicológica (sentimento de pertença e ligação a um lugar) e uma dimensão cultural (valores, crenças e significados atribuídos) (Iecovich, 2014).

Sabendo que o contexto de residência desempenha um papel importante no processo de envelhecimento e tendo em consideração o objetivo desta investigação torna-se fundamental analisar a experiência de envelhecer e viver em contexto rural, particularmente relevante nesta investigação.

No plano de enfatizar o lugar como influência no processo de envelhecimento, o modelo ecológico de Lawton (1982, cit. in Fonseca, 2013) proporcionou evidências elementares: analisou o efeito do meio ambiente (local onde se vive) na experiência de envelhecer e na forma como desempenha um papel importante na compreensão de diferentes padrões de envelhecimento e na explicação do envelhecimento bem sucedido.

Envelhecer em contexto rural, de acordo com Lawton (1989, cit. in Fonseca, 2023, pp. 75-76), é mais saudável para os idosos: “não é necessário ter cuidado com o trânsito, a confusão nas ruas é pouca, não há filas para tudo e para nada, roubos e agressões são raros ou inexistentes e o sentimento de segurança é, por tudo isto, maior. O ar é menos poluído e o meio social permanece constante por longos anos, mudando lentamente e dando tempo às pessoas para se ajustarem à evolução dos tempos. Muitos continuam a cuidar de animais e de parcelas de terreno, mantendo-se ativos e competentes até que a força física o permita. Tudo indica, pois, que apesar de serem menos escolarizados e terem menos recursos económicos e materiais à sua disposição, os idosos rurais vivem em maior congruência com o ambiente do que os idosos urbanos.”

Contrariamente, os autores Krouts e Coward (1998, cit. in Paúl & Fonseca, 2005, p. 98-99) enumeram alguns mitos sobre a vivência em meio rural, nomeadamente: reforma em pequenas comunidades, onde se espera que vivam em felicidade e com poucas preocupações; elevado apoio de redes familiares que estão sempre disponíveis para prestar cuidados; elevados níveis de saúde e satisfação; vivem em comunidades solidárias, preocupadas com as necessidades dos mais velhos; necessidade reduzida de serviços de apoio; facilmente se consegue suprir as necessidades de forma confortável, porque o custo de vida é baixo; existem várias semelhanças enquanto pessoas e ao ambiente em que vivem”.

Na literatura são poucas as pistas e a discussão sobre o modo de envelhecer em contexto rural. Em Portugal, existem dois estudos que permitem refletir sobre a temática: o Psychosocial Profile of Rural and Urban Elders in Portugal (Paúl C. , Fonseca, Martín, & Amado, 2003) e o estudo “Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal” (Fonseca A. M., Paúl, Martin, & Amado, 2005). Os dados do primeiro estudo, permitem avaliar o envelhecimento bem sucedido, tendo em consideração o contexto de residência. O estudo verificou que a existência de grandes diferenças entre viver no campo ou na cidade, ao nível do ambiente físico e social, da história de vida e do estilo de vida dos indivíduos não interfere no sentimento de solidão. Além de que, “as atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos e o mesmo acontece com a ansiedade/agitação, que é mais acentuada nos residentes metropolitanos. O índice global de satisfação de vida difere significativamente entre as duas comunidades, sendo mais elevado nos residentes rurais do que nos residentes urbanos” (Paúl C. , Fonseca, Martín, & Amado, 2003, p. 165).

Os idosos rurais, ainda que possuam alguma carência material, conseguem compensá-la através das redes sociais estabelecidas que, ainda que sejam suficientes para responder às necessidades básicas, não chegam, porém, para alterar “alguns aspetos que acompanham frequentemente o processo de envelhecimento, como um sentimento básico de solidão e uma avaliação ligeiramente negativa da saúde e da qualidade de vida em geral” (Paúl C. , Fonseca, Martín, & Amado, 2003, p. 165).

Neste sentido, analisando a autonomia e a satisfação de vida como elementos fundamentais no processo de envelhecimento bem sucedido, os autores atribuem aos idosos rurais uma condição superior, assente numa vida mais ativa, autónoma, com transições de vida suaves e sem roturas assinaláveis (Paúl C. , Fonseca, Martín, & Amado, 2003).

Embora exista uma fraca capacidade económica, os idosos não esperam muita da vida que lhes resta, desejam a manutenção da sua saúde, assente em sentimentos de paz resignada e solidão. As redes de apoio fornecem suporte emocional e instrumental, mas a institucionalização em casos de dependência grave torna-se inevitável. Com os filhos e netos longe, os idosos rurais vivem numa condição psicológica não muito animadora, em casas com deficientes condições de habitabilidade e numa vivência coletiva por todos os que vivem na mesma condição. “Há como que um sentimento de fim, não só de uma vida mas de uma terra, da sua terra, sem que se vislumbre nenhum indício de mudança, agora que os imigrantes já não pensam em voltar e os pares, cada vez menos porque a morte os vai levando, encaram até a hipótese de acompanhar filhos e noras para terras estranhas (...) Melhorar a qualidade de vida destes idosos exige a melhoria da qualidade de vida da população em geral do interior rural do país, independentemente da sua idade. Os programas de desenvolvimento rural integrado serão certamente a forma mais adequada de intervir, o que passa por criar emprego e serviços, fixar e atrair os mais jovens, dinamizar as comunidades para o desenvolvimento das potencialidades locais. Neste contexto, os idosos podem ser alvo de subprogramas transversais específicos, mas que nunca funcionarão de forma eficaz se não integrarem uma perspetiva alargada de intervenção comunitária (Fonseca A. M., Paúl, Martín, & Amado, 2005 , pp. 106-107).

3. Saúde e envelhecimento

O acentuar do envelhecimento e o aumento da população idosa é um dos traços mais marcantes da nossa contemporaneidade, balizando padrões, comportamentos e contextos diversos, com características e necessidades que devem ser consideradas, com especial atenção na relação dos indivíduos mais velhos com a saúde, já que o acréscimo de longevidade não garante o prolongamento de anos de vida saudável.

Incorre antes de uma abordagem à experiência subjetiva da qualidade de vida, analisar as diferenças interindividuais do funcionamento humano ao nível da saúde, elencadas em trajetórias de saúde desiguais. Sabemos que, enquanto alguns indivíduos apresentam pequenas variações de saúde ao longo da vida, outros manifestam numa fase mais precoce, alterações bastante significativas, com implicações ao nível físico e psicológico (Fonseca & Paúl, 2004) catapultando em vulnerabilidades que condicionam a vida dos indivíduos.

A projeção de uma vida mais longa tem sido marcada pela melhoria das condições de saúde dos indivíduos e, embora em termos comparativos, os indivíduos mais velhos sejam mais saudáveis do que no passado, a probabilidade de desenvolver multipatologias e dependências, doenças neurológicas e neuropsiquiátricas ainda é uma realidade que não parece ser controlável. Além da probabilidade de morrer aumentar, a alteração da função imunológica, associada ao aumento dos riscos para doenças, também condiciona a própria doença, acentuando dificuldades de recuperação e repercussão da mesma. Assim, o desafio já não é só dar mais anos à vida, mas, sobretudo, dar mais vida aos anos, proporcionando uma maior qualidade de vida aos indivíduos mais velhos (Fonseca, et al., 2023).

Com efeito, com o avançar da idade, “o ser humano começa a ver limitadas uma grande parte das suas faculdades físicas. De um modo geral, quando o ser humano atinge uma idade mais avançada é surpreendido por patologias e limitações de ordem muscular, óssea, problemas digestivos, metabolismo, audição, sistema nervoso central, entre outros. Estes problemas não se manifestam de igual forma em todos os idosos e, com o aumento da idade, existe uma maior propensão para que os idosos sofram deste tipo de limitações, embora o envelhecimento não seja de todo um fator que faça dos problemas de saúde uma condição inevitável” (Carvalho & Duque, 2021, p. 162).

Estas variações podem ser explicadas mediante diversas razões, nomeadamente, e já afigurando os efeitos biológicos, a influência da personalidade, os comportamentos a ação do contexto (Paúl & Fonseca, 2001), assim como, as situações de transição inerentes ao percurso desenvolvimental ao longo da vida (Fonseca & Paúl, 2004).

Como fenómeno, o envelhecimento é visto como algo “coletivo e individualizado, procedente do processo biológico e desenvolvimental, desde o nascimento e através de

comportamentos e maturações adquiridas, como, as alterações psicológicas, comportamentais e fisiológicas (Carvalho & Duque, 2021, p. 161).

Ainda que o envelhecimento seja uma experiência comum a todos aqueles que têm o privilégio de viver mais, o processo de envelhecer é muito diferenciado de pessoa para pessoa, sendo a saúde um aspecto fundamental quando se equaciona a qualidade de vida. “Se a saúde não é, por si só, condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar, por meio de interações complexas, diretas e indiretas, com outros fatores da qualidade de vida. Sabemos que a ocorrência da doença provoca stress e mobiliza os recursos e as capacidades individuais de coping para a recuperação, podendo, secundariamente, acarretar perda de poder económico, alteração das atividades diárias e das relações sociais e desconforto geral. Todas essas consequências, comuns às situações de doença, surgem mais prováveis e agravadas no caso dos idosos” (Fonseca & Paúl, 2008, pp. 32-33).

Impreterivelmente, o aumento da expectativa de vida e a deterioração progressiva e inevitável das capacidades dos indivíduos à medida que envelhecem, tem suscitado o debate sobre a qualidade de vida dos idosos. Ou melhor, com a experiência subjetiva da qualidade de vida dos mais velhos, até porque cada indivíduo tem a sua história e vivências.

Na literatura, a qualidade de vida está alicerçada nos conceitos de envelhecimento bem-sucedido e/ou envelhecimento ativo e traduz a ideia de equilibrar, por um lado, as condições específicas da velhice e, por outro lado, as capacidades dos indivíduos e exigências do ambiente (Fonseca A. , 2023).

Com efeito, o envelhecimento bem-sucedido traduz a capacidade de o indivíduo manter três comportamentos ou características essenciais, nomeadamente, o baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença, o funcionamento físico e mental elevado e o envolvimento ativo com a vida. Estes devem seguir uma hierarquia entre elas, especificamente, “a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental, e esta, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida” (Rowe & Kahn, 1998; cit. in Fonseca A. , 2014, p. 155).

Daqui, pode-se compreender que ao conceito estão inerentes medidas objetivas e subjetivas, tais como a “saúde, cognição, atividade, afeto positivo e aptidão física, não sendo afetada nem pela idade nem pelo gênero” (Fernández-Ballesteros, 2011, p. 22), sendo que é necessário ultrapassar a visão que compadece os aspetos relacionados com doenças, incapacidades de várias ordem e declínio em geral, substituindo-a por uma abordagem que olha o envelhecimento numa perspetiva global, considerando os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Rowe & Kahn, 1998; cit. in Fonseca A. , 2023, p. 63) e invertendo os estereótipos e mitos de pendor negativo, fazendo emergir uma imagem de normalidade associada ao processo de envelhecer (Fonseca, 2023).

Não havendo uma forma singular de envelhecer com sucesso, o fator individual é determinante “para se afirmar a inexistência de um caminho único de evolução, podendo diferentes pessoas percorrerem diferentes percursos de envelhecimento mantendo uma idêntica satisfação de vida e alcançando um idêntico sucesso. Daqui resulta que há diferenças sensíveis quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre, quer de acordo com o contexto cultural de referência (a velhice tanto poderá constituir sinónimo de mais-valia e prestígio social como ser sinónimo de dependência e menor importância social), quer de pessoa para pessoa relativamente a diversos aspetos tidos geralmente como determinantes para o seu bem-estar, como sejam as condições económicas, a saúde física, as redes sociais de pertença e de apoio, ou o grau de satisfação de necessidades psicológicas” (Fonseca, 2023, pp. 68-69).

Num outro sentido, o conceito de envelhecimento ativo apresenta-se como um conceito que acarreta um domínio importante e às vezes marginalizado: a participação contínua na vida social, financeira, política, espiritual e cultural. O seu propósito inclui na sua génese premissas sociopolíticas e dá espaço à subjetividade para reconhecer o seu contributo na participação dos indivíduos na sociedade, sendo um processo de “otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (Who, 2002, p. 12).

À luz desta descrição, pode-se compreender que o “conceito inclui uma preocupação mais abrangente do que aquela relacionada com a saúde, que é entendida numa perspetiva que aglutina o bem-estar físico, social e mental. Na verdade, afigurando-se

esta como o seu primeiro pilar, outros dois surgem como fundamentais na estruturação do conceito: o de participação social e o de segurança” (Ribeiro, 2012, p. 37).

A participação social incentiva a realização de atividades relacionadas com a esfera social, assentes em medidas e programas que visem o aumento do carácter contributivo dos mais velhos. A segurança congrega um parecer de proteção, dignidade e cuidados, onde as necessidades especiais da população idosa são valorizadas. Com efeito, o modelo é sustentado por duas concetualizações teóricas: a perspetiva de ciclo de vida e a existência de vários determinantes de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida saudável e participação no cuidado da própria saúde), de ordem económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), relativos ao meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança segura e apropriada, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso) e, finalmente, relativos aos serviços sociais e de saúde (acessíveis e de qualidade, orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças) (Who, 2002).

Capítulo II – A definição de um objeto de estudo

1. A pandemia da covid-19

Após ter sido identificado no final de dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, China, o novo coronavírus, uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-coV-2, assumiu caminhos de transmissão que vieram abalar as estruturas sociais, económicas e políticas à escala global. A volatilidade do vírus, suscitada pelo inesperado, o pânico generalizado, a restrição de direitos, liberdades e garantias até então inconcebíveis, fez surgir uma realidade sanitária sem precedentes e o escalar de uma pandemia rapidamente foi declarado pela Organização Mundial da Saúde.

A inesperada força da propagação do novo coronavírus, uma infeção respiratória que se transmite por aerossóis e gotículas de secreções respiratórias (SNS, 2023) imperou à escala global novas formas de estar na sociedade e os termos isolamento social, quarentena e confinamento começam a fazer parte da realidade, até porque não existia uma vacina ou medicação contra o vírus e, por isso, o contágio era inevitável.

Entre os proverbiais “vai ficar tudo bem” e “estamos todos juntos”, imperou a consciencialização para a higiene correta e completa das mãos, a adoção de medidas de etiqueta respiratória, o uso de máscaras e desinfetantes, mas, sobretudo, o distanciamento e isolamento social, como medida mais eficaz para mitigar a taxa de infeção.

Portugal teve os primeiros casos de infeção reportados a 2 de março de 2020 e desde então a narrativa pandémica construiu-se em torno de cinco vagas do vírus e vários estados de emergência, estes últimos caracterizados por processos de confinamento obrigatórios que incluíram a paralisação (quase) total de vários setores como medida cautelosa e fundamental no combate à propagação do vírus.

A 18 de março de 2020 foi declarado, pelo Presidente da República, Estado de Emergência, fazendo prevalecer medidas prioritárias para “prevenir a doença, conter a pandemia, salvar vidas e assegurar as cadeias de abastecimento fundamentais de bens e serviços essenciais” (Conselho de Ministros, 2023). Tais medidas implicavam a restrição da circulação na via pública, a obrigatoriedade de teletrabalho, o encerramento de grande parte dos estabelecimentos e a suspensão das atividades de

comércio a relhado, exceto os comércios de venda de bens de primeira necessidade (Conselho de Ministros, 2023). No início de maio, o país passou para o estado de calamidade, iniciando um plano de desconfinamento em três fases, com a possibilidade de vários setores de atividade reabrirem de forma gradual (Assembleia da República, 2023). Por sua vez, a 6 de novembro 2020, foi novamente declarado estado de emergência e, entre sucessivas renovações, o estado de emergência decorreu até 30 de abril de 2021.

A emergência e a rápida disseminação da covid-19 colocou desafios inesperados às várias entidades nos diversos setores que constituem o tecido social e económico do país e do mundo. Isto porque, “o mundo não conhecia uma ameaça infecciosa desta magnitude desde a pandemia de Influenza de 1918. E apesar do desenvolvimento dos sistemas de saúde nas últimas décadas, esta crise submeteu-os a um importante e, em larga medida inesperado, teste, difícil mesmo para as sociedades mais ricas e saudáveis. Em poucos meses, vários setores entraram em modo de emergência, com os serviços de saúde totalmente focados na luta contra a infeção por SARS-COV-2, as famílias voluntária ou compulsivamente confinadas, e a economia (quase) parada” (CNS, 2023, p. 1).

Tal como já referido, várias foram as medidas expugnadas pelo Governo, assentes na necessidade de pensar e reorganizar o Serviço Nacional de Saúde, na implementação de políticas de restrição ao movimento e contacto, na adequação dos Planos de Contingência e no trabalho multidisciplinar entre o Ministério da Saúde, a Proteção Civil, as autarquias e tantos outros setores importantes na sociedade. Com o surgimento dos casos, foram tornadas públicas normas e orientações, o Plano de Contingência e foi acionada a resposta de Saúde Pública, estando a comunicação da situação de risco sempre atualizada em comunicados, conferências de imprensa, na página da Direção Geral da Saúde e nas redes sociais/media (CNS, 2023).

Para reforçar o apoio aos doentes infetados e mitigar a doença, Portugal adotou várias estratégias: a Linha SNS24 foi ativada para triagem e encaminhamento de casos suspeitos; para apoiar e uniformizar a resposta dos profissionais de saúde foi ativada a Linha de Apoio ao Médico e foi criada uma nova plataforma informática (Trace Covid-19) como forma de criar registo de informação sobre os casos, rastreio de contactos e

integração da ação das equipas de Saúde Pública, Saúde Familiar e Cuidados Hospitalares; foram criados centros de rastreio Covid-19 (modelo drive-thru) e Áreas Dedicadas Covid-19 Comunidade e Serviço de Urgência; o Ministério da Saúde adquiriu cerca de um milhar de ventiladores e contratou vários profissionais para o SNS na fase de emergência; as autarquias criaram hospitais de campanha e/ou outras alternativas para os utentes em isolamento ou para realojar idosos de ERPI onde ocorreram surtos; a Proteção Civil colaborou com as autoridades de saúde na resposta a surtos de grandes dimensões; os hospitais privados alteraram procedimentos para acautelar o efeito da infeção e também receberam e trataram um número, ainda que limitado, de doentes com COVID-19; as farmácias comunitárias contribuíram para a informação e aconselhamento ao público, avaliação e identificação de pessoas com maior risco de infeção ou apresentação de sintomas sugestivos de COVID-19, referenciando-os para eventual diagnóstico e acompanhamento; as ordens profissionais tiveram um papel importante na disseminação de recomendações aos profissionais da área da saúde e na articulação com o Ministério da Saúde e DGS; as associações de utentes foram proativas para a representação e obtenção de respostas, através da reorganização das suas atividades, reinventando-se para criar novas respostas e assegurar a defesa dos direitos e interesses e os serviços prestados (CNS, 2023).

É, ainda, de salientar que o contexto pandémico “tornou ainda mais óbvia a insuficiência de recursos humanos e materiais, aliados a défices organizacionais e estruturais e uma importante desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, tanto geográfica como socioeconómica. Considerando a iliteracia marcada ao nível da promoção da saúde, a carga de doença física e mental, o envelhecimento da população e a desigualdade no acesso a respostas adequadas de saúde e sociais, uma parte importante da população era especialmente vulnerável aos impactos biológicos, psicológicos e sociais da COVID-19, e muito dependente das medidas implementadas para o seu controlo. Ainda, as dificuldades de comunicação e articulação entre os Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados, a atávica articulação do sector da saúde com outros sectores (nomeadamente o setor social, onde se inclui a rede de IPSS e Misericórdias, que prestam apoio à população mais idosa, em particular a mais desfavorecida, através das estruturas residenciais para

peessoas idosas (ERPIS) e centros de dia) e as debilidades na proteção laboral e no acesso à proteção social e económica fragilizaram também a resposta à epidemia e às suas consequências sociais e económicas” (CNS, 2023, pp. 3-4).

2. A pandemia da covid-19 e a construção de risco para as pessoas mais velhas

“Estamos todos no mesmo barco”. O peso que recaiu neste proverbial procurou identificar padrões iguais na vivência da covid-19, desconsiderando fatores biológicos, sociais e comportamentais que coloca cada indivíduo como um ser único e singular. No entanto, a forma e a força inesperada com que o vírus se espalhou rapidamente procurou identificar padrões e planos de ação diferentes, reagrupando a sociedade.

Volvidos três anos desde que os primeiros casos de covid-19 foram identificados, podemos certificar o que prevíamos: a pandemia e as medidas/estratégias implementadas para conter e mitigar a propagação do vírus circunscreveram efeitos desiguais e com um impacto mais hostil nos indivíduos mais velhos, sendo considerados desde o início da pandemia grupo de risco. Com efeito, tudo o que vivemos ao longo desses meses reavivou as representações sociais da velhice como fragilidade e risco, sendo que a explicação de maior risco de transmissão da covid-19 para os mais velhos fez-se pela combinação de fatores biológicos, comportamentais e sociais.

A alocação dos idosos no grupo de risco foi uma das particularidades da disseminação do vírus e uma das principais medidas para salvaguardar a população acima dos 70 anos, isto porque se trata de um grupo etário vulnerável, com um sistema imunológico mais débil que, ao estar associado a outras comorbilidades, comuns na idade avançada, faz com que a probabilidade de desenvolver sintomas (moderados ou graves) seja mais alta, dificultando o tratamento da infeção e, consequentemente, aumentando o risco de morte (Wang, Tang, & Wei, 2023). E, de facto, as estatísticas oficiais da Direção Geral de Saúde, confirmam que ao longo do período pandémico, o maior número de óbitos ocorreu a partir dos 80 ou mais anos.

3. Contextualização das IPSS em Portugal – centros de dia

O aumento da esperança média de vida e a consequente longevidade, a reestruturação social e familiar, a melhoria das condições de vida e de saúde, os ritmos de vida diversificados e a própria mutação do processo de envelhecimento trazem um significado diferente à velhice, potenciando situações de vulnerabilidade, privação social e circunstâncias em que os laços sociais vão-se estreitando.

Como analisado no capítulo anterior, sabemos que o envelhecimento é um processo inevitável e que pode ser penoso de suportar: a imagem muda, persiste a diminuição das capacidades físicas e cognitivas, predomina a ausência de produtividade, aliada à dependência de uma pensão de reforma, e a própria visão que se possui do que é ser idoso também tem vindo a ser alterada. Objetiva-se, assim, a necessidade de encontrar e criar respostas de proteção social tendentes a minimizar os riscos decorrentes do processo de envelhecimento e que, contrariamente, potenciem a qualidade de vida dos mais velhos.

Neste sentido, os centros de dia surgem como uma resposta social que presta vários serviços permitindo que a pessoa se mantenha no meio social e familiar. Ao mesmo tempo presta cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas dos indivíduos; previne situações de dependência e promove a autonomia, promove as relações pessoais e entre gerações; favorece a permanência da pessoa idosa na sua casa, contribuindo para retardar ou evitar o internamento em instituições; promove estratégias de desenvolvimento da autoestima, autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social (Instituto da Segurança Social, 2023).

Como sabemos, nos discursos públicos sobre a pandemia e os seus riscos, proliferou a necessidade de os indivíduos mais velhos se isolarem e distanciarem mais do que qualquer outro grupo. O argumento securitário que marcou as medidas de gestão de saúde pública em relação aos mais velhos, influenciou as vivências e os comportamentos dos idosos, acentuando processos de isolamento e afastamento, invertendo o que vinha a desenhar-se no plano da participação e inclusão social no âmbito das políticas sociais locais, nomeadamente, a participação em centros de dia.

A pandemia de covid-19 trouxe consigo uma circunstância excecional, desconhecida e anormal, desafiando a nossa capacidade para responder no imediato, afetando

profundamente todos aqueles que a vivenciaram, em particular, a população mais velha, socialmente mais vulnerável e com uma saúde mais frágil. Com efeito, “o que vivemos na pandemia representa a disrupção violenta e repentina da organização do quotidiano, na forma de conviver e de comunicar, duas atividades essenciais ao ser-se pessoa. A rápida designação de confinamento, numa aceção nova, invadiu a vida lexical e social, e, associada à imposição da distância física e do uso de máscara facial, perturbou e muito o que como equilíbrio emocional as sociedades humanas tinham construído. Deu lugar a novas formas de conciliar a tomada de decisão política com a inspiração útil do melhor conhecimento científico, emergindo com a infeção um lugar inesperado para a saúde pública. Exigiu uma enorme capacidade de adaptação, dedicação e esforço dos profissionais de saúde, obrigou ao estreitar da articulação dos serviços de saúde com as instituições do sector social e as autarquias, e acelerou a informatização e desburocratização de vários processos” (CNS, 2022).

As novas formas de estar, caracterizadas pelos desafios diversos e complexos e pela imprecisão de respostas, muitas vezes mutáveis e vagas, acarretaram profundas alterações ao funcionamento das instituições sociais que, embora também tivessem um lugar fulcral no combate ao vírus e na mitigação dos respetivos impactos negativos, com uma lógica de reinvenção das suas práticas, não conseguiram desempenhar na totalidade o seu papel de prestar apoio e proteção aos seus utentes.

O surgimento da pandemia e a imposição obrigatória de medidas destinadas a isolar a população tornou-se, assim, num desafio para os indivíduos e para as instituições, pela sua complexidade e pela limitação de ser e fazer.

Capítulo III – Percurso Metodológico

1. Ponto de partida: contextualização do estudo e objetivos

A escolha do tema e da localização geográfica para realização do trabalho de campo ancoram-se em três ordens de razão fundamentais. Por um lado, têm-se multiplicado estudos sobre o impacto da covid-19 nos mais variados domínios da vida, mas sobretudo em contexto urbano. É em menor número a investigação que estuda contextos rurais, marcados pela periferização territorial. A escolha de Baião, além da conveniência que oferece à autora, ela própria aí residente, permite construir um contributo para o melhor conhecimento dos fenómenos sociológicos associados à Covid-19 num contexto rural.

Uma segunda ordem de razões prende-se com a centralidade que a população mais velha assumiu, desde o início da pandemia, nos discursos públicos de agentes de saúde e de agentes políticos. Foi sobre este grupo da população que incidiram as primeiras medidas restritivas da liberdade, foram eles que foram os primeiros destinatários de medidas de prevenção e, de uma forma geral, foram eles que foram sendo representados como os mais vulneráveis, que era necessário proteger.

Por fim, sabemos que as instituições sociais, em particular os centros de dia, acentuaram nos últimos anos o seu papel estratégico no aprovisionamento da qualidade de vida dos idosos, potenciando a realização de atividades socioculturais, o sentimento de pertença, a autoestima e a satisfação pessoal. Com o eclodir da pandemia, multiplicaram-se as medidas de gestão de saúde pública em relação aos mais velhos, sendo que, o encerramento temporário dos centros de dia foi inevitável.

Face a isto, a escolha do tema desta dissertação decorre de uma inquietação sobre o que sentirão os próprios indivíduos mais velhos ao serem colocados no papel central e vulnerável no combate ao vírus. Como é que isso afeta as suas vidas? Que estratégias desenvolvem? Será que envelhecer em contexto rural tem mais benefícios? E a participação em centros de dia é importante?

O **objetivo geral** deste estudo consiste, por um lado, em conhecer as trajetórias e percursos pessoais dos indivíduos. Por outro lado, identificar e compreender o modo como os indivíduos experienciaram a covid-19. Finalmente, sistematizar e dar

visibilidade às medidas de contenção adotadas para responder às exigências da covid-19, assim como, os seus impactos na gestão, suspensão e/ou redução dos serviços dos centros de dia na vida dos idosos. Tendo em consideração esta ordem, o estudo tem como objetivos específicos:

(1) Conhecer as trajetórias e percursos pessoais dos indivíduos

- Conhecer as vivências e experiências afetivas, sociais e económicas dos indivíduos;
- Discutir as representações sociais da velhice, nomeadamente, analisar a forma como os processos discursivos e simbólicos de representação da pessoa mais velha como pessoa em risco são apropriados e sentidos pelos indivíduos, vincando dinâmicas de isolamento, vulnerabilização e separação;

(2) Identificar e compreender o modo como os indivíduos experienciaram a covid-19

- Perceber como as representações dominantes da doença como doença que representa maior risco para as pessoas mais velhas afetou as auto-representações da vulnerabilidade dos indivíduos;
- Compreender as estratégias de prevenção ativadas pelos mais velhos no contexto pandémico, com atenção especial à forma como a representação dos idosos como grupo de risco vincaram sentimentos de isolamento, solidão e vulnerabilização;
- Analisar e discutir os fatores mais críticos advindos da pandemia covid-19 e as novas formas de vulnerabilidade;

(3) Sistematizar e dar visibilidade às medidas de contenção adotadas para responder às exigências da covid-19, assim como, os seus impactos na gestão, suspensão e/ou redução dos serviços dos centros de dia.

- Analisar os recursos mobilizados, as respostas e desafios existentes desde o surgimento da pandemia covid-19;
- Procurando desconstruir o argumento securitário que marcou as medidas de gestão de saúde pública em relação aos mais velhos, analisar os processos de

isolamento e afastamento dos indivíduos, invertendo as dinâmicas de participação e inclusão social promovidas pela participação nos centros de dia;

Esta dissertação surge da vontade de encontrar algumas respostas para estas questões. O estudo será, como se disse, desenvolvido num contexto rural, nomeadamente, no Concelho de Baião.

1.1 Concelho de Baião

O Concelho de Baião é um dos dezoito municípios do distrito do Porto, pertencendo à Região Norte, mais concretamente, à Sub-região do Tâmega e Sousa. Após a reorganização administrativa de 2013, a vila portuguesa que detinha 20 freguesias, passa a dividir-se em 14 freguesias, tendo como principais focos populacionais e predominância das atividades económicas as freguesias e vilas de Ancede e Ribadouro, Campelo e Ovil e Santa Marinha do Zêzere.

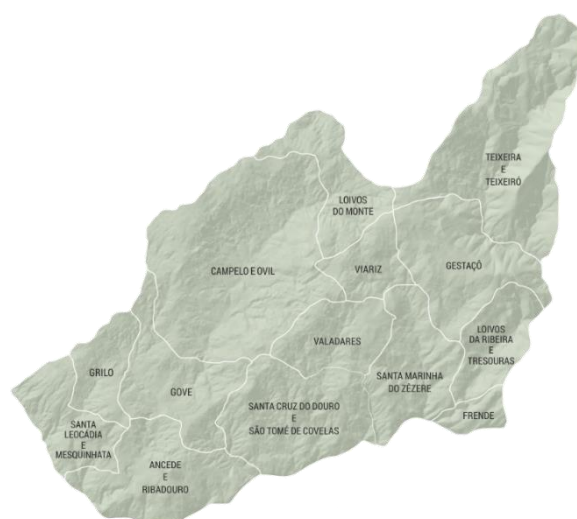
Procurando sistematizar a realidade da população de Baião, nunca desmazelando o foco deste estudo, fez-se um levantamento de indicadores-chave de caracterização sociodemográfica, tendo como ponto de referência os dados mais recentes dos censos 2021. Esta reflexão tem como objetivo apenas destacar e contextualizar alguns elementos que terão particular importância na reflexão final.

Figura 3- Mapa Tâmega e Sousa



Fonte: INE (2023)

Figura 4- Mapa Baião



Fonte: CMB (2023)

De acordo com as últimas estimativas da população, os Censos 2021, por parte do Instituto Nacional de Estatística (INE), Baião acolhe 17.534 habitantes, abrangendo uma área total de 174,53 km², 6.709 agregados, 11.879 alojamentos e 10.700 edifícios (CMB, 2023).

O Concelho tem vivenciado, à semelhança de outras regiões rurais, da saída da sua população: nos Censos de 2011, o Concelho agregava um total de 20 522 habitantes o que perfaz uma variação negativa na ordem dos 14.6% em relação ao ano de 2021. As estimativas mais recentes, de acordo com o Pordata (2023), evidenciam que o grupo etário dos 25 aos 64 anos é o que representa os valores mais elevados, ainda que seja o grupo etário que mais população perdeu ao longo dos últimos anos. No sentido oposto, os dados apontam o aumento da população mais velha e o acentuar e agravar do índice de envelhecimento **[Tabela 6]**: em 2021 o rácio registado quanto ao índice de envelhecimento é de 206 idosos por cada 100 jovens, valor bastante superior ao registado em 2011 (123).

Tabela 6- Quadro resumo Concelho de Baião

Anos	1960	1981	1991	2001	2011	2021
População Residente	28.864	24.438	22.456	22.355	20.522	17.534
Jovens (%)	32.6%	28.7%	23.3%	18.9%	15.2%	11.1%
População em idade ativa (%)	59.0%	57.9%	62.0%	64.3%	66.2%	65.9%
Idosos	8.4%	13.4%	14.6%	16.8%	18.7%	23.0%
Índice de envelhecimento	25.7	46.7	62.8	88.9	123.2	206.7

Fonte: Pordata (2023)

O tecido socioeconómico do Concelho revela-se bastante heterogéneo, destacando-se o muito baixo contingente absoluto de população residente nas várias freguesias **[Tabela 7]**. “Este é um elemento importante a ter em conta, nomeadamente na procura de equilíbrios na ocupação do território que conjuguem, por um lado, a desejada preservação do enraizamento da população, contrariando a tendência para a contração demográfica de territórios, com a gestão eficiente de recursos finitos que, numa lógica de custo-benefício, podem colocar em desvantagem os lugares de menor dimensão,

aprofundando assimetrias territoriais e desvantagens socioeconómicas” (Baião, 2021, p. 19).

Analisando a população mais velha residente nas várias freguesias **[Tabela 7]**, é desde logo possível encontrar alguma diferenciação: lugares como Ancede e Ribadouro, Campelo e Ovil e Santa Marinha do Zêzere, apresentam-se como as freguesias com os maiores focos populacionais; no entanto, é nas freguesias de Teixeira e Teixeiró, Loivos do Monte, Frende e Viariz que a população com 65 ou mais anos tem mais peso, representando quase 30% da população total de cada freguesia.

O paulatino aumento da população mais velha residente no território concelhio tem vindo acentuar, também, a necessidade de criar respostas que proporcionem bem-estar, dinamização de atividades, partilha de experiências e satisfação das necessidades básicas, muitas vezes comprometidas pela idade e pela perda de capacidades. De forma não surpreendente, é nos locais com mais população e mais centrais que encontramos as respostas sociais concelhias **[Tabela 7]**. A este traço também podemos acrescentar os equipamentos de saúde de Baião (centros de saúde e farmácias), que asseguram os cuidados básicos de saúde **[Tabela 7]**.

Tabela 7- Quadro resumo por freguesias

Freguesia	População Residente	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 ou mais anos	Índice Dependência Idosos	Centros de Dia	Centros de Saúde	Farmácias
Município Baião	17 535	1949	1999	9558	4028	36,79	5	6	5
Ancede e Ribadouro	2 335	248	264	1304	518	33,04	-	1	1
Santa Leocádia e Mesquinhata	731	81	75	394	171	36,46	1	-	-
Campelo e Ovil	3 686	477	431	2011	767	31,41	2	1	2
Freunde	580	52	45	322	161	43,87	-	1	1
Gestaço	1 013	99	103	546	265	40,83	-	1	
Gove	1 742	208	218	996	320	26,36	-	-	-
Grilo	472	54	59	270	89	27,05	1	-	-
Loivos da Ribeira e Tresouras	700	65	84	376	175	38,04	-	-	-
Loivos do Monte	301	29	45	140	87	47,03	-	-	-
Santa Cruz do Douro e São Tomé de Covelas	1 654	142	178	884	450	42,37	1	-	-
Santa Marinha do Zêzere	2 469	275	297	1356	541 21,9%	32,73	-	1	1
Teixeira e Teixeiraó	723	70	74	360	219	50,46	-	1	-
Valadares	733	93	81	403	156	32,23	-	-	-
Viariz	396	46	45	196	109	45,23	-	-	-

Fonte: INE (2023)

A nível económico o Concelho está bastante pendente do setor terciário **[Tabela 8]**: do total de pessoas empregadas 5,3% estão no setor primário, 42,3% no setor secundário e 52,3% no setor terciário (Pordata, 2023). Analisando, “o emprego gerado nas indústrias transformadoras e, sobretudo, no setor da construção tem uma grande importância na economia local. A paisagem, porém, continua a refletir a importância do setor primário, se não como setor gerador de emprego, seguramente como setor fundamental para as economias familiares, numa lógica muitas vezes de subsistência. Os solos férteis produzem cereais, produtos hortícolas, frutas e vinhos. A pecuária e a exploração florestal encontram-se também presentes, começando a ganhar expressão a aposta nos recursos naturais do território, com a sua localização geográfica privilegiada, para exploração de Baião enquanto destino turístico e enquanto referência de um território sustentável” (Município de Baião, 2021, p. 13).

Tabela 8- População empregada: total e por setor de atividade económica (%)

Setor	1960	1981	1991	2001	2011	2021
Total	100	100	100	100	100	100
Setor Primário	66,8%	44,2%	22,8%	8,7%	4,4%	5,4%
Setor Secundário	18,2%	31,2%	46,3%	53,6%	45,3%	42,3%
Setor Terciário	15,0%	24,6%	31,0%	37,7%	50,3%	52,3%

Fonte: Pordata (2023)

1.2 Covid-19 em Baião

Após confirmação da existência da pandemia, a Câmara Municipal de Baião, concedeu aos baionenses, no seu site oficial, um espaço de informação privilegiado com contactos, medidas de apoio, notícias, vídeos, documentos e outras informações internacionais.

No que diz respeito às medidas de apoio municipais, salientam-se: o apoio na área da saúde; medidas tomadas no quadro da Comunidade Intermunicipal do Tâmega e Sousa; implementação de planos de ação; apoio aos cidadãos; informação aos cidadãos;

apoio a entidades concelhias; colaboração com Autarquias de Freguesia; medidas de carácter económico; e reorganização dos serviços municipais (CMB, 2023).

Em relação ao tema que importa estudar, o Município de Baião, desenvolveu cinco fontes de identificação e caracterização dos idosos isolados, nomeadamente, GNR, Juntas de Freguesia, Segurança Social, Assuntos Sociais, Unidade Móvel de Saúde (CMB, 2021, p. 18). Além disso, a autarquia desenvolveu uma base de dados centralizada, ou seja, “uma plataforma de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) para o apoio a decisão e operacionalização” (CMB, 2021, p. 19) do Plano de Combate à Pandemia Covid-19, bem como, asseverou o apoio e monitorização dos idosos, através da entrega de compras de mercearia e/ou medicamentos, apoio médico/enfermagem domiciliário, reparações, acompanhamento telefónico de idosos isolados e/ou munícipes em situação de vulnerabilidade (CMB, 2021, pp. 19- 21) e criou uma rede de voluntariado por freguesia de modo a fazer um levantamento de informações (CMB, 2021, p. 22).

Várias foram as medidas excecionais e temporárias decretadas pelo Governo, nomeadamente, a suspensão das atividades em determinados equipamentos sociais, como é o caso dos centros de dia concelhios. Com o evoluir da situação, estabeleceu-se uma estratégia de levantamento das medidas de confinamento implementadas, com o objetivo de retomar a vida em sociedade. Esta estratégia concretizou-se num processo de reabertura de forma faseada, garantindo o estrito cumprimento das medidas de prevenção e controlo preconizadas pela Direção Geral da Saúde; o conhecimento a adotar perante casos suspeitos de covid-19: a definição de áreas de isolamento; o contacto atualizado da Autoridade de Saúde e do diretor técnico da instituição; e os contactos atualizados de emergência dos utentes (Instituto da Segurança Social Social, 2023).

2. Da metodologia à estratégia de pesquisa

Quando se pretende fazer um processo de investigação é fundamental compreender e explicar de forma minuciosa quais os princípios e técnicas utilizadas, uma vez que se trata do momento em que operacionalizamos a estratégia para responder à questão de partida e aos objetivos propostos.

O estudo da covid-19 tem estado desde 2020 no centro de muita investigação, nomeadamente na investigação que foca o conhecimento dos padrões de transmissão, características biomédicas e os efeitos/consequência do vírus. Em rigor, desde que tiveram início os primeiros trabalhos de investigação empírica no âmbito da pandemia que a questão da cadeia epidemiológica gozou de um destaque equivalente àquele que foi o proliferar do vírus. Mais tarde, atribuindo novos significados ao vírus, ou se quisermos, à vivência com o vírus, o aumento paulatino para avaliar seu o impacto nas mais variadas formas começa a ganhar igual destaque. Entre as várias questões trabalhadas incluem-se aquelas relacionadas com o impacto na economia do país, no sistema de saúde ou o impacto em estruturas para idosos e instituições de ensino. Em menor escala, surgem os contributos em contexto rural.

Nas ciências sociais, a investigação detém um carácter determinante na discussão, compreensão e análise de inúmeros fenómenos e processos sociais, aliando teorias e métodos que moldam toda a pesquisa, sendo que, “a investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras” (Coutinho, 2014, p. 6). Com efeito, a investigação nas ciências sociais e humana pressupõe dois requisitos: “que seja científica- pautada pela sistematização e pelo rigor- e que seja adequada ao objeto de estudo” (Coutinho, 2014, p. 6).

Para dar resposta ao objetivo geral do estudo, estabelecer um contributo para o melhor conhecimento dos fenómenos sociológicos associados à Covid-19 em contexto rural, desenhou-se uma abordagem metodológica quantitativa, centrada na “análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica” (Coutinho, 2014, p. 26).

De modo a obter a informação desejada, através de um inquérito por questionário, fez-se o levantamento dos centros de dia existentes no Concelho de Baião, na página Carta Social. Do total dos equipamentos existentes, apenas se obteve resposta dos centros de dia CecaJuvi e Ober.

O Cecajuvi- Centro de Convívio e Apoio à Juventude e Idosos- é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que visa “apoiar a comunidade e contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa, oferecendo serviços que respondam às atuais necessidades sociais” (Cecajuvi, 2023). Além disso, pretende “garantir um serviço de qualidade reconhecida e procurar oferecer as melhores soluções para resposta às necessidades específicas da comunidade envolvente e respetivos utilizadores dos seus serviços, optando por posturas de relacionamento profícuo e canais de comunicação transparentes e eficazes, pelo cumprimento escrupuloso das especificações em regulamento e pelo carácter pedagógico da sua atividade e competências em matéria de ação social” (Cecajuvi, 2023).

A Ober- Obra de Bem Estar Rural de Baião- é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que atua em vários domínios: infância, juventude, família, comunidade e população idosa. A valência de Centro de Dia pretende “proporcionar atividades de ocupação e animação sociocultural” (OBER, 2023), assim como, a “prestação de cuidados básicos em regime diurno, de acordo com a análise das necessidades individuais, promovendo a relação com o meio sociofamiliar e retardando a institucionalização. Acresce ainda aos serviços prestados pelo Centro e Dia um leque de atividades extra de acompanhamento como Atividade Física, Atividade Musical e ainda Boccia Sénior, equipa federada (OBER, 2023).

Inicialmente, foi enviado um email de apresentação do estudo com vista ao agendamento da aplicação dos inquéritos por questionário. Todos os inquéritos foram realizados nas instalações dos centros de dia, tendo presente para os idosos e equipas técnicas, as questões éticas e os direitos dos indivíduos na livre participação do estudo, a garantia do anonimato e confidencialidade, bem como, a transparência dos objetivos.

O questionário foi administrado a partir de entrevistas face-a-face a uma amostra de 24 idosos, selecionados a partir de um método de seleção intencional, sendo que 14 idosos pertencem ao Cecajuvi e 10 idosos pertencem à Ober.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas, nomeadamente, a amostra reduzida. Tal como referido, nem todos os centros de dia Concelhios aceitaram participar no estudo, reduzindo desde o início o número de indivíduos a inquirir. Dos que aceitaram, embora estejam dotados de uma boa capacidade de integração de

utilizadores, a sua totalidade não está preenchida. O centro de dia Cecajuvi tem capacidade para integrar 30 idosos e a Ober 20. Aquando aplicação do inquérito o Cecajuvi integrava 24 idosos e a Ober 18 idosos. O baixo número de utilizadores dos centros de dia leva a um outro problema: o tempo de integração no centro. Um dos objetivos deste estudo prende-se com a compreensão do papel do centro de dia na vida dos idosos e, conseqüentemente, o impacto causado pelo encerramento dos mesmos no período pandémico. Com efeito, os inquiridos tinham de estar no centro há pelo menos 2 anos, reduzindo, igualmente, o número de indivíduos a inquirir. Além disso, no estudo foram excluídos idosos que apresentassem um estado de saúde geral incapaz de responder ao questionário.

Atendendo estas limitações, optou-se por uma análise essencialmente exploratória, sem ambição de extrapolar resultados, mas, sobretudo, procurando levantar questões e sinalizar tendências, curiosidades e alguns aspetos merecedores de destaque que possam ser utilizados para o aprofundamento do conhecimento do fenómeno em trabalhos futuros e/ou até mesmo para reflexão por parte das equipas técnicas e dos agentes políticos locais que intervêm junto da população.

2.1 Inquérito por questionário

O inquérito por questionário foi a técnica de recolha de dados privilegiada para responder aos objetivos do estudo [**Anexo 1**]. Esta é uma “técnica de investigação que, através de um conjunto de perguntas, visa suscitar uma série de discursos individuais, interpretá-los e depois generalizá-los a conjuntos mais vastos. Trata-se de uma técnica de observação não participante, uma vez que não exige a integração do investigador no meio, no grupo ou nos processos sociais estudados. Sendo constituído por uma série de perguntas, mas também podendo integrar outros instrumentos, como por exemplo, testes e escalas de atitudes e opiniões que visam aferir um certo tipo de comportamentos-reações, e avaliar a intensidade com que se dá determinada opinião ou atitude, as respostas assim obtidas vão constituir o material, sobre o qual o investigador vai produzir interpretações e chegar a generalizações” (Correia, 1996, p. 5).

A utilização do inquérito nesta investigação permitiu recolher informações variadas, e de forma mais rápida, do que se procedesse apenas à observação acerca dos

comportamentos dos indivíduos; recolher informações de carácter mais íntimo e que por questões éticas não seria possível fazê-lo sem a inquisição e, ainda, reconhecer gostos, interesses, formas de estar, comportamentos que são de difícil acesso pela observação ou expressão espontânea (Ghiglione & Matalon, 2001, p. 13).

No desenho do questionário, uma questão relevante e que foi refletida foi o planeamento, conceção, construção e execução das questões em função do estudo em análise. Neste domínio, após estabelecido o problema a investigar e as hipóteses orientadoras da pesquisa, definiu-se o objeto e objetivo do inquérito, traduzindo conceitos teóricos em variáveis ou indicadores, definindo os meios materiais e humanos e ponderando as virtualidades e limitações do mesmo, assim como, a sua validade para produzir a informação pretendida. A seleção da população a inquirir e, portanto, a construção da amostra também foi um momento fundamental da pesquisa (Correia, 1996). Tal como referido anteriormente, o questionário foi administrado a partir de entrevistas face-a-face e aplicada a uma amostra de 24 idosos.

A definição das perguntas do questionário foi dividida em seis secções temáticas, nomeadamente: 1) caracterização sociodemográfica; 2) caracterização financeira; 3) recursos sociais; 4) situação de saúde/dependência; 5) experiência e vivência da covid-19; 6) covid-19 e o centro.

A formulação das questões foi pensada numa lógica de questões fechadas, definindo uma listagem de opções de resposta possíveis, que os idosos escolhem tendo em consideração o que lhes parece ser mais adequado. Porém, e pensando na possibilidade de os idosos não se identificarem com algumas das opções propostas, optou-se pela elaboração de questões semifechadas.

2.2 Escalas e Questionários utilizados

O grau de dependência dos idosos reveste-se de extrema importância atendendo aos constrangimentos que existem e advém do processo de envelhecer, caracterizada pela perda de capacidades cognitivas, físicas e funcionais.

A (in)dependência dos inquiridos foi avaliada, na nossa amostra, a partir do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa adaptada por Sequeira, 2010).

O índice avalia o nível de independência dos idosos para a realização de 10 atividades básicas de vida: alimentação (0 a 10 pontos), vestir (0 a 10 pontos), banho (0 a 5 pontos), higiene corporal (0 a 5 pontos), utilização da casa de banho (0 a 10 pontos), controlo intestinal (0 a 10 pontos), controlo vesical (0 a 10 pontos), subir escadas (0 a 10 pontos), transferência cadeira-cama (0 a 15 pontos) e deambulação (0 a 15 pontos). A pontuação da escala varia de 0 a 100 (intervalos de 5 pontos), sendo que quanto mais próximo do 100, mais independente é o idoso.

Foi, de igual modo avaliado o suporte social estrutural e funcional dos inquiridos através do Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (Mos-SSS); adaptação cultural e validação da versão portuguesa (Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007). O questionário MOS-SSS consta de 20 itens. Para avaliar a rede social (apoio estrutural) a primeira questão é “quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem?”. Por sua vez, a avaliação do apoio funcional é definida em 19 itens (avaliados numa escala de Likert, de 1 a 5), distribuídos em quatro dimensões: apoio material (0 a 16 pontos), apoio afetivo (0 a 16 pontos), apoio emocional/informacional (0 a 32 pontos) e interação social positiva (0 a 16 pontos). A pontuação da escala varia de 0 a 100, sendo que quanto mais próximo do 100, mais forte é considerado o apoio social do idoso.

Por último, foram utilizadas duas escalas para analisar a perceção de risco e possíveis quadros de fobia nos idosos: a Escala de Risco Percebido Covid-19 (C19PRS) e a Escala de Fobia Covid-19 (C19PS) – versões portuguesas (Leite, Vidal, Sousa, Dinis, & Magano, 2021).

A Escala de Risco Percebido Covid-19 avalia a experiência subjetiva dos idosos inquiridos em relação à covid-19. A escala consta de 8 itens (avaliados numa escala de Likert, de 1 a 5), incluindo uma dimensão cognitiva e uma dimensão emocional de risco pessoal. Quanto mais alta a pontuação de cada item mais elevado é o risco percebido relacionado com a covid-19. Considerando a carga psicológica motivada pela pandemia, a Escala de Fobia Covid-19 foi desenvolvida para detetar a possibilidade de fobias de covid-19. A escala foi desenvolvida mediante uma estrutura de 20 itens (avaliados numa escala de Likert, de 1 a 5).

2.3 Protocolo de proteção de dados

O respeito pela autonomia, anonimato e a participação voluntária e informada no estudo torna necessário o estabelecimento de um protocolo de proteção de dados, assente em princípios éticos para proteção de todos os envolvidos. Este protocolo materializou-se na concretização de um consentimento informado [**Anexo 2**].

2.4 Tratamento e análise dos resultados

Após a recolha de dados, tornou-se necessária a sua organização para, posteriormente, proceder à sua análise e interpretação. Com efeito, recorreu-se ao programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 27. A organização dos dados e posterior análise envolveu protocolos considerados estandardizados na literatura.

No capítulo seguinte da dissertação dar-se-á conta dos resultados obtidos a partir dessa análise.

Capítulo IV – Análise e Discussão dos Resultados

1. Apresentação, análise e discussão dos resultados

A apresentação e análise dos resultados decorrentes do estudo acaba por refletir as dificuldades já assumidas para concretização do trabalho empírico e, nesse sentido, ficará aquém do que originalmente se pretendia quando foram formuladas as questões de partida e definidas as dimensões de análise que, enquanto investigadora, me interessavam estudar.

Não existindo dados suficientes para traçar conclusões generalizáveis, optou-se por uma análise essencialmente exploratória, sem ambição de extrapolar resultados, mas, sobretudo, procurando levantar questões e sinalizar tendências, curiosidades e alguns aspetos merecedores de destaque que possam ser utilizados para o aprofundamento do conhecimento do fenómeno em trabalhos futuros e/ou até mesmo para reflexão por parte das equipas técnicas e dos agentes políticos locais que intervêm junto da população.

A apresentação dos resultados da análise foi organizada em três grandes momentos que refletem as dimensões de análise que orientaram este trabalho. Assim, num primeiro momento, apresentamos a composição sociodemográfica da amostra, os seus recursos sociais e a sua situação de saúde; num segundo momento, avançamos para as análises sobre as trajetórias da covid-19 e sobre a vivência subjetiva da doença pelas pessoas incluídas na amostra; e, por fim, sistematizamos dados sobre o papel do centro de dia na vida dos inquiridos.

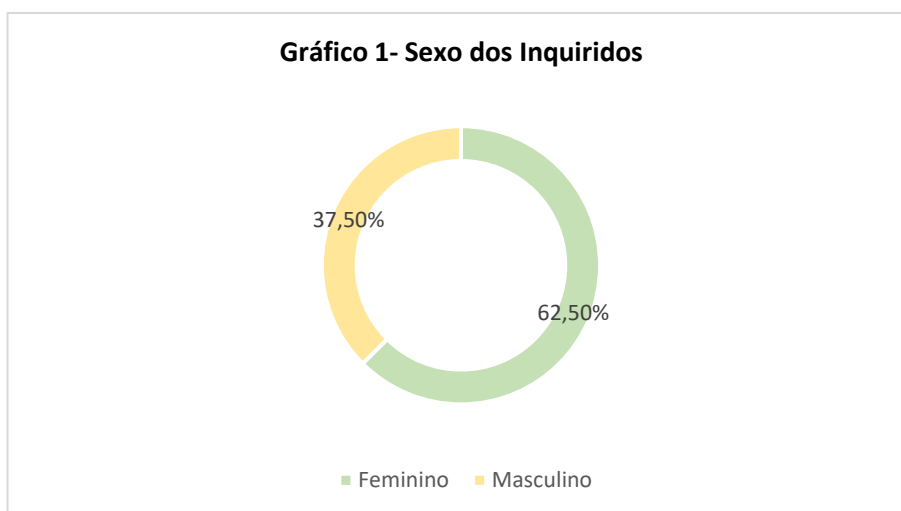
No presente estudo foram aplicados 24 inquéritos por questionários em dois centros de dia localizados no Concelho de Baião.

1.1 Composição sociodemográfica, recursos sociais e situação de saúde

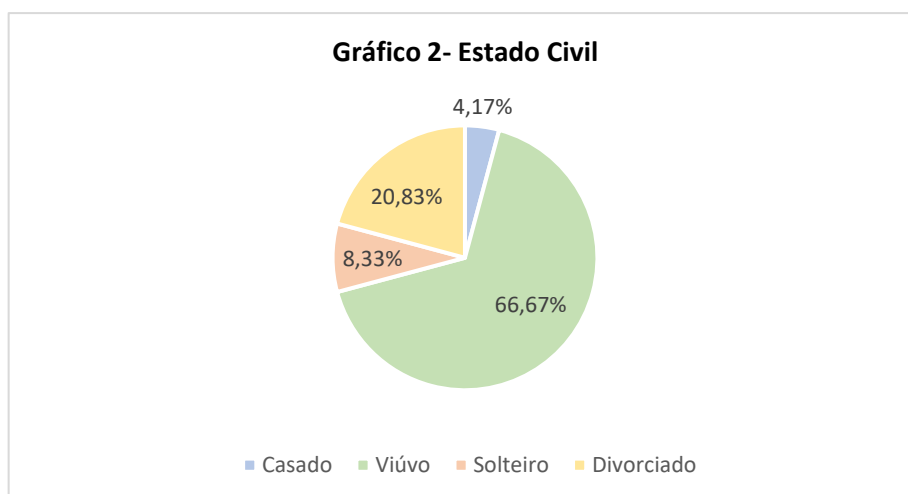
1.1.1 *Caracterização sociodemográfica*

O intervalo de idades dos inquiridos varia entre os 57 e 93 anos, situando-se a média nos 77 anos, a mediana nos 80 anos e o desvio padrão nos 10 anos. No que se refere ao género **[Gráfico 1]**, o sexo feminino é o predominante, correspondendo a uma percentagem de 62,5% da população inquirida. A análise ao estado civil **[Gráfico 2]**

permite concluir que a grande maioria dos utentes são viúvos (66,67%), sendo que os restantes ou são divorciados (20,83%), solteiros (8,33%) ou casados (4,17%).



Fonte: Elaboração Própria (2023)



Fonte: Elaboração Própria (2023)

Os resultados sociodemográficos, à primeira vista, vão de encontro à tendência documentada em algumas investigações e aos dados nacionais, revelando o predomínio do sexo feminino sobre o sexo masculino e o aumento cada vez mais significativo do número dos “grandes idosos”. Ainda que a média de idades seja 77 anos (d.p= 10 anos), apresentando alguma diversidade, do total de inquiridos, 10 (41,7%) têm 85 ou mais anos, sendo o grupo que mais peso tem na amostra **[Tabela 9]**.

Tabela 9- Idade dos inquiridos por grupos etários

Grupos Etários	N	%
64 e menos	4	16,7%
65-69	3	12,5%
70-74	3	12,5%
75-79	-	
80-84	4	16,7%
85 ou mais	10	41,7%

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Apesar de nos últimos anos ter havido uma progressiva melhoria nos níveis de qualificações da população portuguesa, pode-se verificar que na população em análise ainda subsistem baixos níveis de escolaridade: 41,7% não sabe ler nem escrever, 37,5% sabe ler e escrever sem completar a escola, 16,7% completou o ensino primário e apenas 4,2% completou o ensino básico **[Tabela 10]**. Destes dados, pode-se concluir que a escolaridade da amostra obtida está bastante abaixo da média nacional. Em Portugal, apenas 11,7% dos indivíduos com 65 ou mais anos não tem escolaridade e 52,1% possui o ensino básico (Pordata, 2023).

Este desfasamento poderá estar relacionado com o facto de os contextos rurais serem caracterizados pelo abandono precoce das crianças e jovens da escola para irem trabalhar, até porque em Portugal o sistema de ensino gozou de uma universalização tardia e demorada e aquando da possível participação dos idosos inquiridos na escola o mercado de trabalho era pouco exigente em qualificações e muito atrativo (Costa T. M., 2023). Supõe-se que uma outra ordem de razões, embora inerente à anterior, resida na falta de condições económicas que permitissem suportar as despesas escolares, levando, mais uma vez, à entrada precoce no mercado de trabalho.

A elevada taxa de abandono escolar existente entre os idosos inquiridos tem, atualmente, consequências visíveis na sua velhice.

Tendo em consideração que um dos fatores que contribui para a (re)produção de pobreza é o sistema educativo e o respetivo sucesso/insucesso escolar, condicionando

a integração dos indivíduos no mercado de trabalho e no sistema de salários, muitas das vezes caracterizado pela integração em setores económicos onde predominam salários médios/baixos (que não permitem fazer face às suas necessidades), os dados revelam que os indivíduos não só possuem baixa escolaridade, como tiveram ao longo da vida profissões que se inserem nestes setores de menor rendimento.

Como se pode observar no próximo quadro **[Tabela 10]**, a maior parte dos inquiridos (62,5%) trabalhou no campo, seguido dos trabalhadores nas obras (20,8%). Em menor proporção, trabalhadores de comércio (8,3%) e outros (8,3%). Consequentemente, as pensões também são baixas e nem sempre cobrem as despesas.

Como esperado, a maioria dos inquiridos tem como principal fonte de rendimento **[Tabela 10]** a pensão de reforma/velhice (65,6%), seguida da pensão de viuvez (18,8%), a pensão de sobrevivência (6,3%), a pensão social de velhice (3,1%), a pensão de invalidez (3,1%) e um idoso (3,1%) auferir do rendimento social de inserção (RSI).

A proporção de inquiridos que consegue fazer face às suas despesas, mas com dificuldade é a que tem mais peso, correspondendo a 37,5% da amostra. Apenas 12,5% não tem qualquer dificuldade, 16,7% consegue desde que tenha cuidado e 33,3% não consegue **[Tabela 10]**.

Tal como analisado teoricamente, o emprego além de ser uma fonte de rendimento importante para a satisfação das necessidades humanas, é, também, um componente importante para o desenvolvimento de aprendizagens e competências e para a constituição da identidade pessoal.

Através dos dados enumerados anteriormente, podemos compreender que a pobreza dos inquiridos inscreve-se em condições de vida resultantes dos percursos de vida e dos vários acontecimentos que ocorreram mesmo antes da fase da velhice e, assim, como resultado de trajetórias complexas de acumulação de desvantagens (Lopes, 2015). Este problema é, tal como analisado, agravado quando se pensa na agenda de reforma do Estado, cujo sistema de proteção e ação social ainda não conseguiu atingir níveis de desempenho que assegurem a todos os idosos um nível de vida minimamente digno, passível de ser alcançado através do aumento das pensões mais baixas e da

promoção da qualidade e do alargamento da rede de prestação de cuidados e serviços sociais (Capucha, 2017).

Assim, supõe-se que os idosos inquiridos possuem uma distribuição de rendimentos desigual, como consequência de vários eventos e condições desenvolvidas gradualmente ao longo da vida, sendo que essas condições estruturais moldaram não só o risco de exposição à pobreza na velhice, mas também a capacidade de gerir desafios e consequências, como é o caso da covid-19.

Tabela 10- Indicadores de caracterização socioeconómica dos inquiridos

Variável		n	%
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	10	41,7%
	Sabe ler e escrever (sem completar a escola)	9	37,5%
	Ensino Primário	4	16,7%
	Ensino Básico	1	4,2%
Teve um trabalho remunerado ao longo da vida	Sim	24	100%
Profissão	Trabalho no Campo	15	62,5%
	Trabalho nas Obras	5	20,8%
	Comércio	2	8,3%
	Outro	2	8,3%
Fonte Rendimento	Pensão Reforma/Velhice	21	65,6%
	Pensão Social Velhice	1	3,1%
	Pensão Viuvez	6	18,8%
	Pensão Sobrevivência	2	6,3%
	Pensão Invalidez	1	3,1%
	RSI	1	3,1%
Rendimentos Face às Despesas	Sem qualquer dificuldade	3	12,5%
	Consigo desde que tenha cuidado	4	16,7%
	Consigo, mas com dificuldade	9	37,5%
	Não chega	8	33,3%

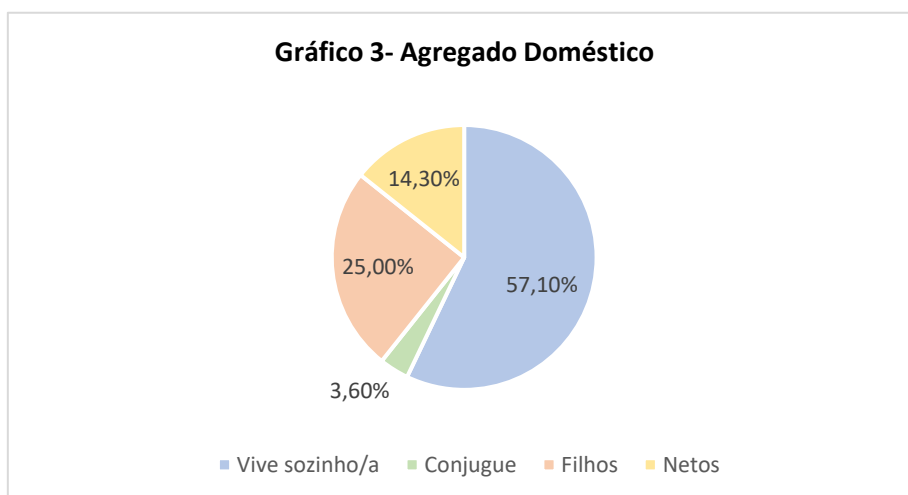
Fonte: Elaboração Própria

1.1.2 Recursos sociais

A pessoa idosa enfrenta, pelas suas características e avançar da idade, um conjunto de desafios, sendo que, o processo de envelhecimento implica compreender as experiências de vida, os contextos e os processos que determinam os papéis, as trajetórias e as expectativas relacionadas com o contexto social e cultural (Fonseca, 2006).

A identificação e análise da rede de suporte e apoio social dos idosos, enquanto variável que pode influenciar a experiência subjetiva da covid-19 e a participação no centro de dia, era um ponto essencial desta investigação, merecendo uma atenção particular.

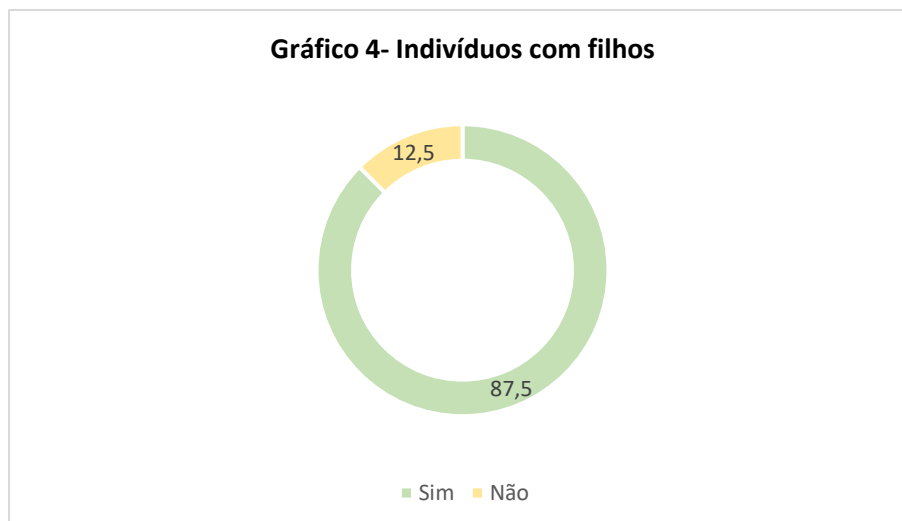
A análise sobre com quem os inquiridos vivem evidencia algumas formas distintas de composição do agregado doméstico **[Gráfico 3]**, nomeadamente vive sozinho (57,1%), vive com filhos (25%), vive com netos (14,3%) e vive com o conjugue (3,6%). É de salientar que os idosos que vivem com netos são os mesmos idosos que vivem com filhos, uma vez que se trata de uma variável de resposta múltipla.



Fonte: Elaboração Própria (2023)

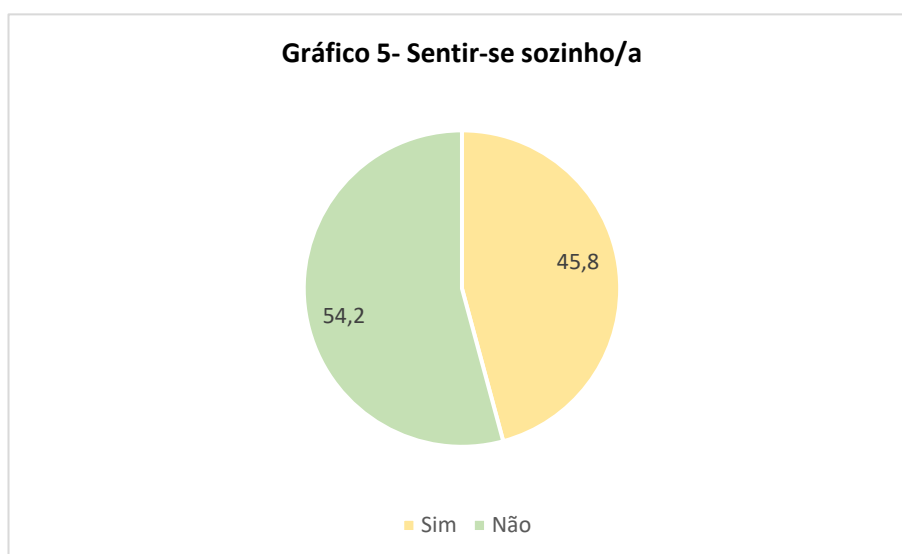
A rede de suporte social, a história de vida e o apoio social são elementos cruciais para a experiência de envelhecer, até porque como tem sido abordado na literatura, à medida que envelhecemos também nos tornamos mais vulneráveis socialmente.

Do número total de inquiridos, 87,5% tem filhos e 12,5% não tem, sendo que o intervalo de número de filhos dos inquiridos varia entre o 1 e os 9 filhos, situando-se a média nos 3,62 filhos **[Gráfico 4]**.



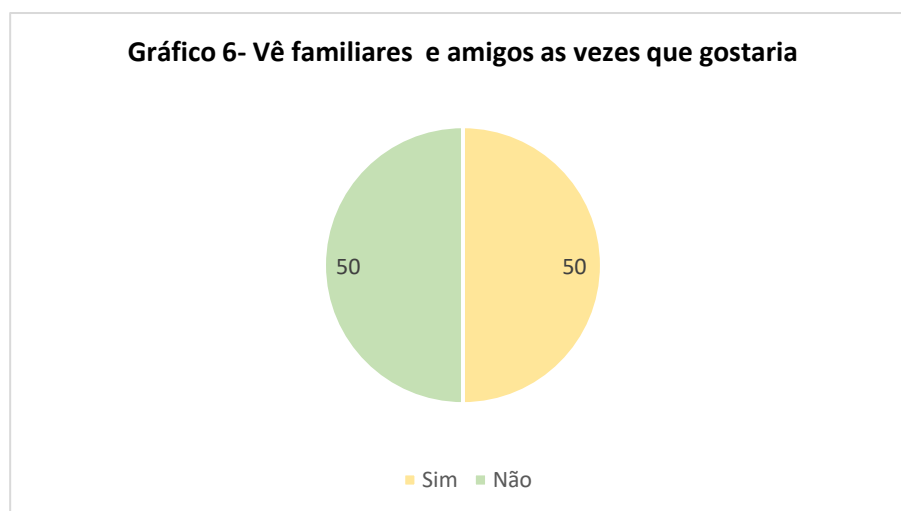
Fonte: Elaboração Própria (2023)

Analisando de forma específica a rede de suporte social dos idosos, os dados mostram que apesar de a maioria dos idosos afirmar não se sentirem sozinhos (54,2%), a percentagem de idosos que afirmam o contrário é muito elevada (45,8%) **[Gráfico 5]**.



Fonte: Elaboração Própria (2023)

Neste seguimento, obteve-se igualmente informação sobre a opinião de ver a família e amigos as vezes que gostaria. A distribuição desta variável acompanha a tendência da anterior, sendo que 50% afirma positivamente e 50% negativamente **[Gráfico 6]**.



Fonte: Elaboração Própria (2023)

Tal como referido anteriormente, no enquadramento metodológico, foi utilizado o questionário MOS-SSS² para avaliar o apoio social, estrutural e funcional das pessoas idosas inquiridas, através de 20 itens, em que 19 desses itens se dividem em quatro dimensões: apoio material, apoio emocional/informacional, apoio afetivo e interação social positiva. Relembrando que o valor máximo da escala é 100, sendo que quanto mais próximo deste número, mais forte é considerado o apoio social do idoso, pode-se concluir que o nível de perceção é médio, perfazendo uma média de 50,63, com o valor mínimo de 19 e o máximo de 76.

Analizando cada dimensão, e tendo por base os scores interpretativos³ do questionário, pode-se concluir que todas as dimensões apresentam média perceção: apoio material= 10,92; apoio afetivo= 8,04; apoio emocional/informacional= 21,38; e interação social positiva=10,29 [Tabela 11].

² A escala foi analisada replicando a metodologia de trabalho disponível na literatura, nomeadamente, naquela que apresenta os resultados de validação da escala. Foram mantidas as estruturas originais da escala, tendo sido cada uma previamente sujeita a uma análise de fiabilidade com o alfa de cronbach. Foram obtidos os seguintes resultados: dimensão do apoio material, alfa de cronbach= 0,951; dimensão do apoio afetivo, alfa de cronbach= 0,960; dimensão do apoio emocional/informacional, alfa de cronbach= 0,977; dimensão da interação social positiva, alfa de cronbach= 0,983.

³ Apoio material: ≤ 6 baixa perceção; 7 a 13 média perceção; ≥ 14 alta perceção.
 Apoio afetivo: ≤ 4 baixa perceção; 5 a 10 média perceção; ≥ 11 alta perceção
 Apoio emocional/informacional: ≤ 12 baixa perceção; 13 a 28 média perceção; ≥ 29 alta perceção
 Interação social positiva: ≤ 6 baixa perceção; 7 a 13 média perceção; ≥ 14 alta perceção

Tabela 11- Questionário MOS-SSS: dimensões

MOS-SSS	
Variável	Média
Total	50,63
Apoio Material	10,92
Apoio Afetivo	8,04
Apoio emocional/informacional	21,38
Interação social positiva	10,29

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Nota: para a dimensão apoio material a escala varia entre 0 e 16, para o apoio afetivo a escala varia entre 0 e 12, para a dimensão emocional/informacional varia entre 0 e 32 e para a dimensão da interação social positiva entre 0 e 16.

A próxima tabela **[Tabela 12]** mostra a associação entre a escala MOS-SSS e a variável sexo, sentir-se sozinho/a, vê a família e amigos as vezes que gostaria e o estado civil.

Apesar dos resultados mostrarem, mais uma vez, em cada variável, uma média percepção, é possível detetar algumas diferenças relevantes e muito interessantes. Os inquiridos do sexo masculino tiveram menor percepção de apoio em todas as dimensões: apoio material= 8,89; apoio afetivo= 6,67; apoio emocional/informacional= 16,67; e interação social positiva= 7,89 **[Tabela 12]**.

Os idosos que se sentem sozinhos têm níveis mais baixos de percepção de apoio (dimensões: apoio material= 8,27 ; apoio afetivo= 5,82; apoio emocional/informacional= 16,45; e interação social positiva= 8,00) em comparação com os que não se sentem sozinhos **[Tabela 12]**. Consequentemente, ou não, os idosos que não estão com a família e amigos as vezes que gostariam também têm os níveis mais baixos de percepção de apoio (dimensões: apoio material= 8,33; apoio afetivo= 5,92; apoio emocional/informacional= 15,92; e interação social positiva= 7,67) em comparação com os que estão. Na verdade, estes valores são expectáveis, uma vez que os idosos que se

sentem sozinhos, são os mesmos que vivem sozinhos e, assim, estão socialmente mais desprotegidos [Tabela 12].

Aparentemente paradoxal, porém, é o que resulta da análise ao estado civil [Tabela 12]. Esta sugere que quem tem os níveis mais baixos de percepção de apoio é o grupo dos casados (dimensões: apoio material= 5,00; apoio afetivo= 4,00; apoio emocional/informacional= 12,00; e interação social positiva= 6,00), seguido dos solteiros (dimensões: apoio material= 7,00; apoio afetivo= 6,00; apoio emocional/informacional= 15,50; e interação social positiva= 7,00). Isto não deixa de ser relevante, até porque é indicativo de que a conjugalidade não é necessariamente equivalente a sentir-se apoiado e seguro na velhice. Não temos dados para aprofundar mais a análise, mas fica a questão colocada.

Tabela 12- Questionário MOS-SSS e interações

MOS-SSS		n	Material	Afetivo	Emocional	Interação
			X	X	X	X
Sexo	Masculino	9	8,89	6,67	16,67	7,89
	Feminino	15	12,13	8,87	24,20	11,73
Sentir-se sozinho/a	Sim	11	8,27	5,82	16,45	8,00
	Não	13	13,15	9,92	25,54	12,23
Vê a família e amigos as vezes que gostaria	Sim	12	13,50	10,17	26,83	12,92
	Não	12	8,33	5,92	15,92	7,67
Estado Civil	Casado/a	1	5,00	4,00	12,00	6,00
	Viúvo/a	16	11,87	8,63	23,00	11,00
	Solteiro/a	2	7,00	6,00	15,50	7,00
	Divorciado/a	5	10,60	7,80	20,40	10,20

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Estão bastante presentes na literatura as teorias que enfatizam a importância dos papéis e laços sociais na velhice, sendo que a falência ou inexistência dessas interações pode traduzir-se em consequências graves na vida dos indivíduos mais velhos.

Tal como analisado, envelhecer implica mudanças na forma como participamos na vida social. Com a chegada da reforma e o tempo livre surgem novas necessidades de encarar o tempo livre e contrariar a perda e/ou diminuição dos laços sociais e convivialidades. Os filhos crescem, saem de casa e os sentimentos de solidão começam a surgir. A isto, junta-se a diminuição da destreza física e a probabilidade de desenvolver ou acentuar problemas de saúde. A integração nos centros de dia visa contrariar estes problemas e fomentar a inclusão social, o convívio, o estabelecimento de relações e sentimentos de bem-estar. Ainda que, segundo os dados apresentados, no caso dos idosos inquiridos, a perceção quanto ao apoio social e funcional não seja influenciada pela participação nos centros.

Com efeito, pode-se desde logo perceber que a falta de apoio social, estrutural e funcional dos inquiridos (avaliado através da escala MOS-SSS) não é o resultado da falta de prática de atividades e integração na sociedade, muita das vezes associada ao sentimento de isolamento e solidão, mas antes como resultado da falta de vínculos sociais entre os idosos e as suas famílias, vizinhos e amigos. Supõe-se que, em muitos casos, é esta falência o motivo da integração no centro de dia.

Independentemente do motivo, a avaliação que se retira da aplicação da escala MOS-SSS é que existe uma privação percebida do contacto social, falta de interações assentes na partilha de experiências sociais e emocionais, e, embora exista potencial para a interação, esta não é suficiente ou a desejada.

Contrariando algumas ideias da literatura, da análise também se pode compreender que viver em contexto rural não interfere no sentido de não sentir solidão, não existindo a tão designada condição superior de viver num contexto menos conturbado, assente numa vida mais ativa, autónoma, com transições de vida suaves e sem ruturas assinaláveis (Paúl C. , Fonseca, Martín, & Amado, 2003). No caso da amostra, as redes de apoio fornecem suporte emocional e instrumental, mas não suficientes.

1.1.3 Situação de saúde

Como já foi referido ao longo desta investigação, a oportunidade de vivermos mais, nem sempre significa vivermos com a qualidade de vida que desejamos. Envelhecer, em

alguns casos, implica impreterivelmente acumular doenças e tornar-se vulnerável à progressiva perda de capacidades físicas, psicológicas e da autonomia para a realização das tarefas do dia-a-dia. A projeção de uma vida mais longa tem sido marcada, simultaneamente, pela melhoria das condições de saúde dos indivíduos e pelo avanço da ciência em termos de resposta a complicações e doenças. Como analisado no início deste capítulo, uma grande parte dos idosos inquiridos tem 85 ou mais anos, salientando essa tendência de longevidade e cuidados de saúde. Se analisarmos os indicadores relacionados com a saúde **[Tabela 13]** podemos verificar que todos os indivíduos possuem centro de saúde e médico de família.

Embora estes não sejam preditores de uma condição de saúde mais estável, não podemos deixar de considerar e afirmar que a conquista do acesso a cuidados de saúde primários e de proximidade promoveu, nos últimos anos, um serviço de continuidade e acompanhamento ao longo de todo o ciclo de vida, através da prestação de serviços de assistência em situação (ou não) de doença. Neste sentido, a criação do Serviço Nacional de Saúde foi um marco importante para garantir o acesso a melhorias na qualidade de vida, assim como, reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (SNS, 2023).

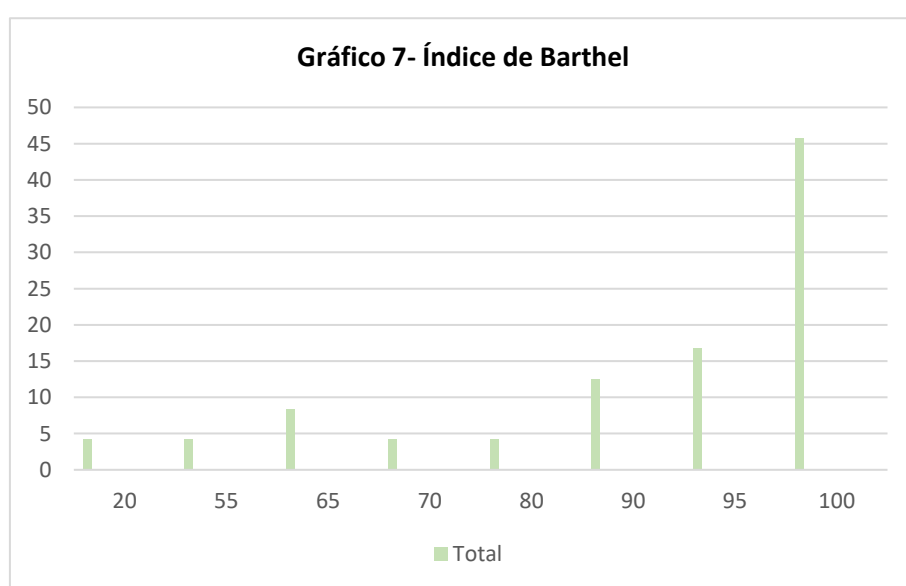
No que concerne à avaliação geral da saúde, existem bastantes discrepâncias na análise dos dados, o que corrobora a ideia de que cada indivíduo vive a velhice de forma diferente. Dos 24 idosos inquiridos, 37,5% consideram ter uma saúde aceitável, 37,5% consideram ter uma saúde má, 20,8% muito má e 4,2% uma saúde boa **[Tabela 13]**.

Tabela 13- Indicadores relacionados com a saúde

Variável		n	%
Centro de Saúde	Sim	24	100%
Médico de Família ou outro	Sim	24	100%
Avaliação Geral Saúde	Boa	1	4,2%
	Aceitável	9	37,5%
	Má	9	37,5%
	Muito má	5	20,8%

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Na análise ao estado de saúde da população é, ainda, importante analisar e avaliar o nível de independência. Tal como referido no enquadramento metodológico, o índice de Barthel⁴ avalia o nível de independência dos idosos, através de dez atividades básicas de vida. Relembrando que o valor máximo da escala é 100, e assumindo que quanto mais próximo deste número, mais independente é o idoso, verificou-se uma média de 87,71 pontos, o que releva uma ligeira dependência e uma avaliação bastante positiva da autonomia dos inquiridos. Na amostra há um peso claramente maior para os indivíduos totalmente independentes (45,8%), no entanto, a amostra também revela alguma dependência por parte de alguns idosos [Gráfico 7].



Fonte: Elaboração Própria (2023)

1.2 Trajetórias covid-19 e vivência subjetiva da doença

De forma desprovida e de rompanete, a covid-19 assumiu caminhos de transmissão que abalaram todas as nossas estruturas e, embora tudo indicasse que estávamos todos a vivenciar o mesmo, rapidamente percebemos que os seus efeitos teriam consequências diferentes na sociedade. Os períodos de confinamento, a gestão das medidas de combate e controlo, a assimilação das recomendações, a incerteza quanto

⁴ A escala foi analisada replicando a metodologia de trabalho disponível na literatura, nomeadamente, naquela que apresenta os resultados de validação da escala. Foram mantidas as estruturas originais da escala, tendo sido cada uma previamente sujeita a uma análise de fiabilidade com o alfa de cronbach. Foi obtido o resultado de alfa de cronbach= 0,921.

à veracidade da vacina, o medo e as dúvidas foram alguns dos elementos estruturais que marcaram a fase da pandemia e que, de certa forma, moldaram a experiência dos indivíduos na sua relação com a covid-19.

Do número total de inquiridos, metade esteve infectado com covid-19. Dos 12 idosos infectados, 58,3% estiveram sozinhos durante o período de isolamento, 16,7% estiveram com o conjugue, 16,7% com os filhos e 8,3% com irmãos **[Tabela 14]**.

A rápida disseminação do vírus e a sua volatilidade incidiram muito em medidas de combate e controlo, orientações e recomendações para os indivíduos mais velhos. A totalidade dos inquiridos declara ter-se mantido informado sobre as mesmas. Estas medidas e orientações incidiram muito na importância de os indivíduos se autoisolarem, subsistindo dois grandes desafios: deixar de estar com alguém, sendo que dos 24 inquiridos, 16 (66,7%) deixaram de estar com alguém e 8 (33,3%) não; e deixar de frequentar espaços, sendo que 17 indivíduos (70,8%) deixaram de frequentar espaços e 7 (29,2%) não **[Tabela 14]**.

As orientações existentes para a vacinação também recaíram de forma prioritária sobre os indivíduos mais velhos. A velocidade com que a vacina foi desenvolvida e a incerteza da sua confiabilidade levantou muitas questões e dúvidas na população. No caso dos indivíduos inquiridos, 65,5% afirmaram ter receio da vacina e apenas 37,5% não teve qualquer preocupação **[Tabela 14]**.

Relativamente à toma da vacina, dos 24 idosos, a grande maioria (91,7%) tomou a vacina da covid-19, sendo que apenas 8,3% não tomou devido a problemas de saúde. Além disso, e como reforço, 87,5% dos indivíduos tomou a vacina da gripe e 12,5% não **[Tabela 14]**.

Importa, ainda, analisar a perceção dos idosos quanto à dificuldade em lidar com a pandemia e tudo o que envolveu, sendo que para grande parte dos idosos (87,5%) a experiência é bastante negativa **[Tabela 14]**.

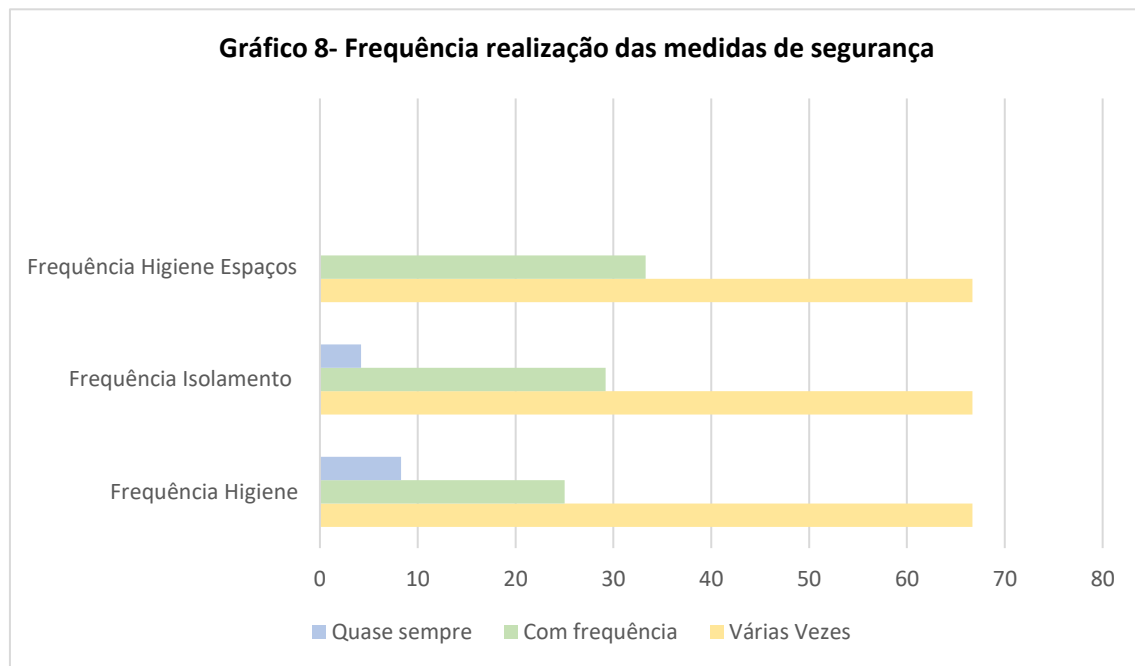
Tabela 14- Quadro resumo covid-19

Variável		n	%
Infetado Covid-19	Sim	12	50%
	Não	12	50%
Informação sobre as medidas	Sim	24	100%
Deixou de estar com alguém	Sim	16	66,7%
	Não	8	33,3%
Deixou de frequentar espaços	Sim	17	70,8%
	Não	7	29,2%
Com quem partilhou confinamento?	Ninguém	7	58,3%
	Conjuge	2	16,7%
	Irmãos	1	8,3%
	Filhos	2	16,7%
Vacina Covid-19	Sim	22	91,7%
	Não	2	8,3%
Vacina Gripe	Sim	21	87,5%
	Não	3	12,5%
Preocupação quanto à vacina	Sim	15	62,5%
	Não	9	37,5%
Fácil ou difícil lidar com doença	Fácil	3	12,5%
	Difícil	21	87,5%

Fonte: Elaboração Própria (2023)

As medidas de combate e controlo, orientações e recomendações para os indivíduos mais velhos em relação à covid-19 incidiram, particularmente, na necessidade de realizar com frequência a higiene pessoal (contenção da tosse com o braço, higiene respiratória, lavagem frequente das mãos), períodos de quarentena/isolamento social (confinamento, restrição das deslocações) e a higiene dos espaços. Em termos de

higiene dos espaços 33,3% afirma ter feito com frequência e 66,7% várias vezes. Em relação à frequência do isolamento, 4,2% afirma ter feito quase sempre, 29,2% com frequência e 66,7% várias vezes [Gráfico 8]. Quanto à higiene pessoal, 8,3% afirma ter feito quase sempre, 25% com frequência e 66,7% várias vezes [Gráfico 8].



Fonte: Elaboração Própria

Duas questões que interessava particularmente explorar, até para discutir o impacto que campanhas de saúde pública muito assentes na noção de perigo têm nos grupos-alvo das mesmas, diziam respeito ao desenvolvimento de sentimentos de medo, previsivelmente decorrentes da perceção de risco elevado e até mesmo o desenvolvimento de quadros disfuncionais traduzidos em fobias.

As escalas de Risco Percebido Covid-19 (C19PRS) e a Escala de Fobia Covid-19 (C19PS)-versões portuguesas- foram os instrumentos utilizados, tal como descrito no capítulo metodológico, dando-se agora nota dos resultados obtidos. Ambas as escalas foram trabalhadas de acordo com os protocolos publicados na literatura.

Num primeiro momento, procedeu-se à análise dos itens que compõem cada uma das escalas, separadamente, para perceber as tendências gerais da amostra.

A Escala de Percepção de Risco Covid-19⁵ avalia a experiência subjetiva dos idosos inquiridos em relação à covid-19. Relembrando que quanto mais alta a pontuação de cada item (avaliada numa escala de Likert de 1 a 5), mais elevado é o risco percebido relacionado com a covid-19, os dados afirmam, sem margem para dúvida, e conforme se pode observar na tabela de frequências dos itens seguinte, uma percepção de risco percebido bastante elevada em todos os itens **[Tabela 15]**.

⁵ A escala foi analisada replicando a metodologia de trabalho disponível na literatura, nomeadamente, naquela que apresenta os resultados de validação da escala. Foram mantidas as estruturas originais da escala, tendo sido cada uma previamente sujeita a uma análise de fiabilidade com o alfa de cronbach. Foi obtido o resultado de alfa de cronbach= 0,839.

Tabela 15- Escala Percepção de Risco Covid-19

Items		n	%	média
Qual considera que é a probabilidade de contrair covid-19?	Muito pouco	4	16,7%	4,21
	Muito	7	29,2%	
	Muito grande	13	54,2%	
Qual considera que é a probabilidade de contrair covid-19 em comparação com outras pessoas?	Muito pouco	4	16,7%	4,33
	Muito	4	16,7%	
	Muito grande	16	66,7%	
Qual considera que é a probabilidade de contrair outras doenças?	Muito	5	24%	4,79
	Muito grande	19	76%	
Qual considera que é a probabilidade de morrer devido à covid-19?	Muito pouco	3	12,5%	4,21
	Muito	10	41,7%	
	Muito grande	11	45,8%	
Quão preocupado está com a possibilidade de contrair covid-19?	Muito pouco	4	16,7%	4,13%
	Muito	9	37,5%	
	Muito grande	11	45,8%	
Quão preocupado está com a possibilidade de um familiar contrair covid-19?	Muito pouco	4	16,7%	4,13%
	Muito	9	37,5%	
	Muito grande	11	45,8%	
Quão preocupado está com a ocorrência de covid-19 na sua região?	Muito pouco	8	33,3%	3,58
	Muito	10	41,7%	
	Muito grande	6	25%	
Quão preocupado está com o facto da covid-19 emergir como um problema de saúde?	Muito pouco	5	20,8%	4,00
	Muito	9	37,5%	
	Muito grande	10	41,7%	

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Já no que diz respeito à Escala de Fobia Covid-19⁶, e seguindo a mesma lógica na análise, temos também um quadro geral que aponta para a presença considerável de sentimentos exacerbados de medo com impacto em domínios da vida quotidiana. Os resultados descritivos estão disponíveis na tabela seguinte [Tabela 16].

Tabela 16- Escala de Fobia Covid-19

Items		n	%
O medo de contrair o coronavírus deixa-me muito ansioso (a).	Discordo	4	16,7%
	Não concordo/Nem discordo	8	33,3%
	Concordo	9	37,5%
	Concordo completamente	3	12,5%
Tenho muito medo de que alguém da minha família seja infetado pelo coronavírus.	Discordo	3	12,5%
	Não concordo/Nem discordo	6	25%
	Concordo	13	54,2%
	Concordo completamente	2	8,3%
Notícias sobre mortes relacionadas com o coronavírus causam-se grande ansiedade.	Discordo	4	16,7%
	Não concordo/Nem discordo	8	33,3%
	Concordo	11	45,8%
	Concordo completamente	1	4,2%
As incertezas à volta do coronavírus causam-me uma enorme ansiedade.	Discordo	4	16,7%
	Não concordo/Nem discordo	7	29,2%
	Concordo	11	45,8%
	Concordo completamente	2	8,3%
	Discordo	2	8,3%

⁶ A escala foi analisada replicando a metodologia de trabalho disponível na literatura, nomeadamente, naquela que apresenta os resultados de validação da escala. Foram mantidas as estruturas originais da escala, tendo sido cada uma previamente sujeita a uma análise de fiabilidade com o alfa de cronbach. Foi obtido o resultado de alfa de cronbach= 0,935.

A velocidade com que o coronavírus se espalhou provoca-me um grande pânico.	Não concordo/Nem discordo	8	33,3%
	Concordo	12	50%
	Concordo completamente	2	8,3%
Discuto apaixonadamente (ou quero discutir) com pessoas que considero que se comportam de maneira irresponsável face ao coronavírus.	Discordo	7	29,2%
	Não concordo/Nem discordo	9	37,5%
	Concordo	8	33,3%
Tenho sérias dores de estômago por sentir medo do coronavírus.	Discordo completamente	1	4,2%
	Discordo	14	58,3%
	Não concordo/Nem discordo	6	25%
	Concordo	3	12,5%
Tenho tremores devido ao medo do coronavírus.	Discordo	13	54,2%
	Não concordo/Nem discordo	5	20,8%
	Concordo	6	25%
Tenho problemas de sono por causa do medo do coronavírus.	Discordo	13	54,2%
	Não concordo/Nem discordo	3	12,5%
	Concordo	8	33,3%
O coronavírus deixa-me tão tenso que me sinto incapaz de fazer o que fazia antes sem problemas.	Discordo	14	58,3%
	Não concordo/Nem discordo	5	20,8%
	Concordo	5	20,8%
A possibilidade de escassez de alimentos devido à pandemia do coronavírus causa-me ansiedade.	Discordo	14	58,3%
	Não concordo/Nem discordo	4	16,7%
	Concordo	6	25%
A possibilidade de falta de material de limpeza e higiene devido à pandemia de coronavírus causa-me ansiedade.	Discordo	13	54,2%
	Não concordo/Nem discordo	4	16,7%
	Concordo	7	29,2%

Eu estou a armazenar comida com medo do coronavírus.	Discordo completamente	1	4,2%
	Discordo	14	58,3%
	Não concordo/Nem discordo	5	20,8%
	Concordo	4	16,7%
Depois da pandemia de coronavírus, não me sinto relaxado(a) a menos que verifique constantemente os meus mantimentos em casa.	Discordo	12	50%
	Não concordo/Nem discordo	5	20,8%
	Concordo	6	25%
	Concordo completamente	1	4,2%
Após a pandemia de coronavírus, fico extremamente ansioso(a) quando vejo pessoas a tossir.	Discordo	9	37,5%
	Não concordo/Nem discordo	4	16,7%
	Concordo	10	41,7%
	Concordo completamente	1	4,2%
Após a pandemia de coronavírus, evito ativamente as pessoas que vejo a espirrar.	Discordo	8	33,3%
	Não concordo/Nem discordo	7	29,2%
	Concordo	8	33,3%
	Concordo completamente	1	4,2%
Após a pandemia do coronavírus, percebi que passo longos períodos a lavar as mãos.	Discordo	5	20,8%
	Não concordo/Nem discordo	7	29,2%
	Concordo	11	45,8%
	Concordo completamente	1	4,2%
O medo de contrair o coronavírus interfere seriamente nas minhas relações sociais.	Discordo	5	20,8%
	Não concordo/Nem discordo	9	37,5%
	Concordo	9	37,5%
	Concordo completamente	1	4,2%
	Discordo	8	33,3%
	Não concordo/Nem discordo	7	29,2%

Não consigo controlar a minha ansiedade de contrair o coronavírus através de outras pessoas.	Concordo	8	33,3%
	Concordo completamente	1	4,2%

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Reconhecendo, de novo, todas as limitações do estudo empírico, procurou-se, ainda assim, explorar alguns possíveis gradientes na variação dos valores nestas escalas. Seguindo as discussões dominantes na literatura, consideraram-se, em particular, as variações de género, estado civil, sentimentos de isolamento e falta de apoio e, finalmente, de experiência de infeção. Os resultados médios obtidos para cada uma das duas escalas estão sumariados na tabela abaixo **[Tabela 17]**.

Tabela 17- Gradientes na variação das duas escalas relacionadas com a covid-19

		Escala de perceção de risco		Escala de fobia Covid-19	
Escala Fobia		n	Média	n	Média
Sexo	Masculino	9	2,89	9	2,77
	Feminino	15	3,51	15	3,20
Estado Civil	Casado/a	1	3,00	1	3,32
	Viúvo/a	16	3,37	16	2,99
	Solteiro/a	2	2,43	2	2,50
	Divorciado/a	5	3,37	5	3,34
Sentir-se sozinho/a	Sim	11	3,23	11	3,15
	Não	13	3,31	13	2,94
Vê família e amigos as vezes que gostaria	Sim	12	3,38	12	2,99
	Não	12	3,17	12	3,04
Esteve infetado	Sim	12	3,24	12	3,11
	Não	12	3,28	12	3,04

Fonte: Elaboração Própria (2023)

A partir dos resultados é possível destacar alguns temas, pelo menos sob a forma de hipóteses. Assim, parecem ser as mulheres a ter uma maior percepção de risco em relação à Covid-19, que se acompanha também de valores mais elevados na escala de fobia. Ou seja, elas aparentam sentir mais medo e sentir mais efeitos desse medo na vida quotidiana. O medo exacerba-se entre viúvos, mas sem que isso se traduza de forma tão clara em maior fobia. Mas mais medo sentem mesmo os que se sentem sozinhos, com impactos maiores na forma como vivem o quotidiano. A infeção prévia não parece potenciar alterações na percepção de risco, mas seguramente aumenta a forma como se sente que o quotidiano foi afetado pelo medo da doença.

Fazendo a correlação da escala MOS-SSS, C19PRS e C19PS **[Tabela 18]**, a grande conclusão que extraímos das correlações é a de que os sentimentos de apoio estão fortemente relacionados nas suas diferentes dimensões, mas esses sentimentos não se transportam, necessariamente, para os sentimentos descritivos da vivência da Covid-19.

Tabela 18- Correlação da escala MOS-SSS, C19PRS e C19PS

		Total Material	Total Afetivo	Total Emocional	Total Interação	C19PRS	C19PS
Total Material	Correlação de Pearson	1	,881**	,928**	,931**	,264	-,132
	Sig. (2 extremidades)		<,001	<,001	<,001	,213	,538
	N	24	24	24	24	24	24
Total Afetivo	Correlação de Pearson	,881**	1	,891**	,847**	,350	-,051
	Sig. (2 extremidades)	<,001		<,001	<,001	,094	,814
	N	24	24	24	24	24	24
Total Emocional	Correlação de Pearson	,928**	,891**	1	,972**	,401	-,018
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001		<,001	,052	,935
	N	24	24	24	24	24	24
Total Interação	Correlação de Pearson	,931**	,847**	,972**	1	,391	-,008
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	<,001		,059	,971
	N	24	24	24	24	24	24
C19PRS	Correlação de Pearson	,264	,350	,401	,391	1	,665**
	Sig. (2 extremidades)	,213	,094	,052	,059		<,001
	N	24	24	24	24	24	24
C19PS	Correlação de Pearson	-,132	-,051	-,018	-,008	,665**	1
	Sig. (2 extremidades)	,538	,814	,935	,971	<,001	
	N	24	24	24	24	24	24

Fonte: Elaboração Própria (2023)

Os principais resultados deste estudo reforçam a ideia de que, desde que surgiu, a covid-19 não foi igual para todos e foi *tudo o que dissemos que não era*. Os proverbiais “estamos todos juntos”, “estamos todos no mesmo barco” ou “vai ficar tudo bem” começaram a surgir assim que as primeiras medidas começaram a ser tomadas pelos vários países do mundo e, quase que de forma uníssona, estas frases faziam-nos pensar que todos vivíamos o vírus da mesma forma. A construção da covid-19 como uma pandemia e os principais efeitos e medidas a recair sobre a saúde dos indivíduos, fez desmazelar e inviabilizar a ubiquidade do vírus, que além das questões sanitárias, trazia consigo consequências sociais que, mais tarde, permitiram analisar a produção de vários significados.

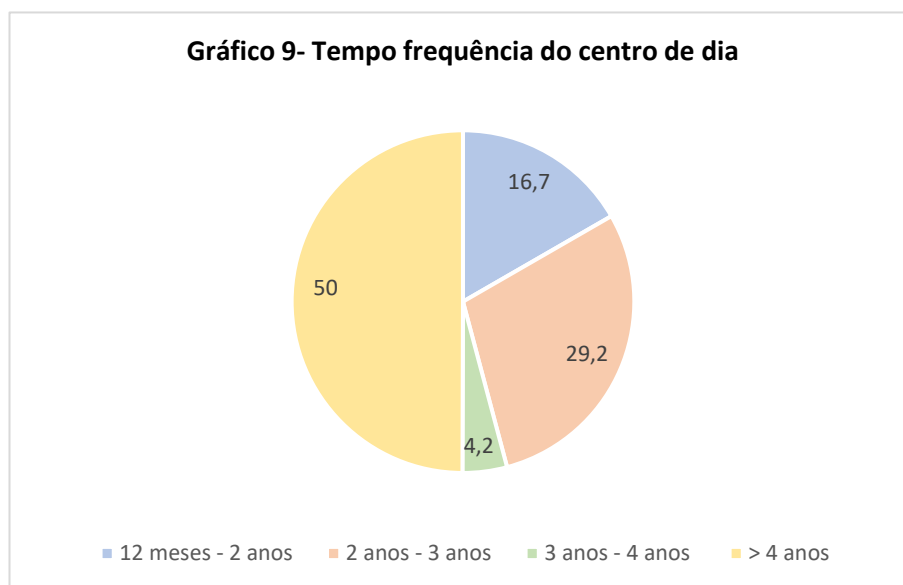
A volatilidade e a força com que a pandemia se espalhou revelou-se algo desafiante, multidisciplinar até, tendo em consideração o surgimento de informações muito rápidas e facilmente alteráveis, aliada ao medo e à descoberta do desconhecido. Daqui surgiram sentimentos de medo, previsivelmente decorrentes da percepção de risco elevado e até mesmo o desenvolvimento de quadros disfuncionais traduzidos em fobias. Aliado ao processo de envelhecimento, por si só um processo de muitas mudanças, a exposição ao vírus e, conseqüentemente, às medidas impostas pela pandemia, os resultados dão conta de um quadro geral que aponta para a presença considerável de sentimentos exacerbados de medo com impacto em domínios da vida quotidiana.

1.3 O centro de dia pelo olhar dos indivíduos

A condição de ser idoso acaba por afetar a relação dos indivíduos na sociedade que, com a chegada à idade da reforma, a perda do envolvimento ativo na sociedade e com a redução e alteração das redes de apoio suscita o envolvimento em novas atividades, como é o caso dos centros de dia. Um tema interessante para completar o estudo futuramente, poderia passar por analisar os motivos que levaram à institucionalização.

No que diz respeito ao tempo de frequência do centro de dia, e tendo em consideração que no estudo só estão incluídos indivíduos que experienciaram a pandemia em contexto institucional, metade dos inquiridos (50%) já frequenta o centro há mais de 4 anos, 29,2% entre 2 a 3 anos, 16,7% entre 12 meses a 2 anos e 4,2% entre

3 a 4 anos **[Gráfico 9]**. Todos os inquiridos afirmaram frequentar o centro regularmente **[Gráfico 10]**.



Fonte: Elaboração Própria (2023)



Fonte: Elaboração Própria (2023)

A integração dos indivíduos no centro de dia tem impactos importantes no seu dia-a-dia, condicionando a forma como os idosos experienciam o processo de envelhecimento, os seus comportamentos e representações.

Atendendo ao irromper da pandemia, as ações adotadas pelos centros de dia culminaram em alterações significativas nos seus modelos de funcionamento. Além dos

períodos de confinamento obrigatórios para a população em geral, apenas com os serviços mínimos e essenciais em funcionamento, foram implementadas medidas adicionais de higiene, proteção e controlo de casos suspeitos e confirmados.

A suspensão e, posteriormente, redução e readaptação das atividades e serviços por parte dos centros de dia afetaram significativamente os utentes dos centros de dia. Decorreram, com destaque, consequências importantes na situação de isolamento social e solidão, resultante das perdas relacionais e de socialização experienciados em contexto institucional.

Várias foram as medidas adotadas para responder e mitigar o impacto da covid-19, entre elas o encerramento dos centros de dia. Entre ajustes e reinvenções na forma de atuação, a conclusão a que se chega quando se avalia o impacto dos confinamentos e, consequentemente, o encerramento dos centros, é precisamente mais uma experiência desfavorável na vida dos idosos. Esta é uma tendência relevante, não apenas porque transparece, mais uma vez, os impactos hostis da pandemia na vida dos inquiridos, mas, sobretudo, porque reflete a importância da integração em respostas sociais. Ainda por cima se à covid-19 se juntar situações de vulnerabilidade social. Daqui pode-se concluir que parece existir uma relação positiva entre a experiência de centro de dia e a promoção de um envelhecimento ativo. Os resultados que permitem chegar a estas conclusões estão sumariados na tabela abaixo **[Tabela 19]**.

Tabela 19- Participação no centro de dia e covid-19

Variável		n	%
Sinto-me incluído/a dentro do Centro	Concordo	18	75%
	Concordo completamente	6	25%
A relação com os funcionários é boa	Concordo	20	83,3%
	Concordo completamente	4	16,7%
No centro tenho acesso a muitas atividades	Não concordo/Nem discordo	1	4,2%
	Concordo	20	83,3%
	Concordo completamente	3	12,5%
Estou satisfeito/a com as atividades praticadas no Centro	Não concordo/Nem discordo	3	12,5%
	Concordo	19	79,2%
	Concordo completamente	2	8,3%
Frequentar o Centro ajuda-me a criar relações interpessoais	Concordo	22	91,7%
	Concordo completamente	2	8,3%
O Centro promove o convívio social	Concordo	21	87,5%
	Concordo completamente	3	12,5%
Estou satisfeito/a com a minha participação no Centro	Concordo	21	87,5%
	Concordo completamente	3	12,5%
Prefiro vir para o Centro do que ficar em casa	Concordo	19	79,2%
	Concordo completamente	5	20,8%
Gosto da companhia dos outros utentes	Não concordo/Nem discordo	2	8,3%
	Concordo	19	79,2%
	Concordo completamente	3	12,5%
No Centro sinto-me ativo/a e útil	Concordo	22	91,7%
	Concordo completamente	2	8,3%
	Concordo	21	87,5%

A minha vida melhorou assim que entrei no Centro	Concordo completamente	3	12,5%
Antes de entrar no Centro os meus dias eram monótonos	Discordo	2	8,3%
	Não concordo/Nem discordo	5	20,8%
	Concordo	15	62,5%
	Concordo completamente	2	8,3%
Foi difícil lidar com o encerramento do Centro quando surgiu a pandemia	Discordo	1	4,2%
	Não concordo/Nem discordo	1	4,2%
	Concordo	21	87,5%
	Concordo completamente	1	4,2%
Nos confinamentos, mantive contacto com os funcionários e utentes do Centro	Discordo completamente	4	16,7%
	Discordo	10	41,7%
	Não concordo/Nem discordo	1	4,2%
	Concordo	9	37,5%
Quando o Centro reabriu senti que as rotinas/dinâmicas estavam diferentes (atividades)	Discordo	9	37,5%
	Não concordo/Nem discordo	6	25%
	Concordo	9	37,5%
As relações nunca mais foram iguais desde que surgiu a pandemia	Discordo	14	58,3%
	Não concordo/Nem discordo	2	8,3%
	Concordo	8	33,3%
Foi difícil a adaptação às novas regras quando surgiu a pandemia	Discordo	7	29,2%
	Não concordo/Nem discordo	3	12,5%
	Concordo	14	58,3%
Durante os períodos de confinamento obrigatórios senti-me isolado/a	Discordo	5	20,8%
	Concordo	17	70,8%
	Concordo completamente	2	8,3%

Durante os períodos de confinamento obrigatórios pensava muito na reabertura do CD/CC	Não concordo/Nem discordo	2	8,3%
	Concordo	20	83,3%
	Concordo completamente	2	8,3%

Fonte: Elaboração Própria (2023)

2. Considerações Finais

No enlace de ultrapassar os já conhecidos desafios metodológicos e empíricos do estudo, e à luz das opções e procedimentos selecionados, é chegado o momento de assimilar os principais resultados obtidos. Em rigor, o grande objetivo de partida deste estudo consiste em conhecer as trajetórias e percursos pessoais dos indivíduos inquiridos, inseridos em respostas sociais, nomeadamente, os centros de dia do Concelho de Baião, elencando o modo como o surgimento da pandemia teve impacto nas suas vidas, tanto ao nível das suas experiências pessoais, como ao nível da participação nos centros.

Os principais resultados deste estudo reforçam a importância de pensar a velhice como o resultado de interações complexas, padrões diversificados e histórias de vida singulares, sujeitas a riscos e a vulnerabilidades. Uma primeira interrogação que daqui decorre e motivou esta investigação prende-se exatamente com a necessidade de conhecer as trajetórias e percursos pessoais dos indivíduos, de modo a, posteriormente, compreender e analisar padrões e experiências sociais, económicas e afetivas.

A vivência da velhice por parte dos idosos inquiridos reflete-se na forma como está configurada a sociedade onde vivem, das vivências familiares, das características e intensidade das redes de apoio, na forma como participam na comunidade envolvente e na situação de saúde.

Os dados mostraram uma propensão para situações de pobreza, consequência de contextos de vida caracterizados pela inserção em trabalhos precários e de baixos rendimentos. O efeito do meio ambiente, ou seja, a experiência de envelhecer em contexto rural, parece não ter o efeito positivo na experiência dos idosos inquiridos, muitas das vezes retratado na literatura e comumente rotulado. Pelo menos no que

diz respeito às expectativas e intensidade das redes sociais estabelecidas que, não sendo suficientes, são as únicas que possuem.

Uma outra interrogação que motivou esta investigação objetiva identificar e compreender o modo como os idosos inquiridos viveram e experienciaram a covid-19.

De facto, a vivência da velhice e as representações sociais da vivência da velhice, nomeadamente, os discursos da velhice negativa, têm impactos hostis na forma como os indivíduos se enquadram na sociedade onde estão inseridos, estando bastante latente a noção de risco que existe desta condição. Os dados mostraram essa percepção de risco associada a eles, nomeadamente nas questões “qual considera que é a probabilidade de contrair covid-19 em comparação com outras pessoas?”, “qual considera que é a probabilidade de morrer devido à covid-19?” e “quão preocupado está com a possibilidade de contrair covid-19?” **[Tabela 15]**.

Com efeito, a propagação da covid-19 afetou significativamente a vida dos idosos e, apesar da dimensão sanitária ser um elemento importante, a pandemia mostrou a vulnerabilidade deste grupo face à imposição das restrições e medidas de contenção implementadas, com impactos negativos circunscritos ao nível da participação social, do bem-estar e da inclusão social. Além disso, a pandemia afetou desproporcionalmente a vida dos idosos inquiridos, vincando ainda mais a desigualdade económica e a vulnerabilidade social. Tendo sempre presente a noção de risco vinculada à nova crise pandémica, à desigualdade económica e vulnerabilidade social acresce os efeitos psicossociais da pandemia, materializados nos idosos inquiridos em situações de elevada percepção de risco e fobia.

Tendo por base o terceiro objetivo desta investigação, os dados indicam que, durante o período pandémico, a pandemia criou desafios ao funcionamento dos centros de dia. A letalidade do vírus, aliada à evocação de maior risco para as pessoas mais velhas obrigaram as instituições a fechar e a reinventar a sua intervenção, prescindindo os indivíduos temporariamente de direitos e liberdades fundamentais, do acesso a serviços de proximidade, de participar em atividades de bem-estar e de inclusão social.

Em rigor, esta investigação retrata e identifica resultados exploratórios que se afiguram como possíveis preditores de novos estudos e interrogações. Objetiva-se

pensar, futuramente, na necessidade de controlar e acompanhar o estado de saúde da população e a forma como as principais políticas para combater e mitigar a crise influenciaram a vida dos mais velhos, incluindo dimensões como a vulnerabilidade social, as representações e os efeitos psicossociais, particularmente introduzidos neste estudo, ainda que sem a robustez de dados suficientes que permitam chegar a conclusões mais diversificadas.

Referências Bibliográficas

- Baião, M. d. (2021). *Estratégia Local de Habitação 2021-2026*. Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives From The Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Celta.
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise. Em *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 74 (pp. 113-131). Lisboa.
- Capucha, L. (2017). *Envelhecimento e Políticas Sociais: novos desafios aos sistemas de proteção. Proteção contra o "risco de velhice": que risco?* Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento Crescente mas espacialmente desigual. In *Revista de Estudos Demográficos*, pp. 21-37.
- Carvalho, M. I. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. Em *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 1-15). Lisboa: Pactor- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo. Em E. Duque, *Diferentes abordagens do envelhecimento* (pp. 159-190). Editorial Cáritas.
- Cecajuvi. (8 de agosto de 2023). *Cecajuvi* . Obtido de <https://www.cecajuvi.com/index.php/instituicao#verticalTab2>
- CMB. (31 de julho de 2023). *COVID-19*. Obtido de Câmara Municipal de Baião: <https://www.cm-baiao.pt/covid-19/contactos-covid-19/>
- CMB. (30 de junho de 2023). *Município de Baião*. Obtido de Câmara Municipal de Baião : <https://www.cm-baiao.pt/municipio/>
- CMB. (31 de julho de 2023). *Município de Baião: juntas de freguesia*. Obtido de Câmara Municipal de Baião: <https://www.cm-baiao.pt/municipio/juntas-de-freguesia/>

- CNS. (2022). *A Pandemia de Covid-19: Desafios para a Saúde dos Portugueses*. Lisboa : Conselho Nacional de Saúde .
- CNS. (20 de junho de 2023). *Portugal e a Resposta à Covid-19: a Posição do Conselho Nacional de Saúde e o Contributo das Entidades que o Constituem*. Obtido de <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Reflexao-do-CNS-quanto-a-resposta-a-pandemia-por-COVID-19.pdf>
- Correia, M. I. (1996). *O Inquérito por Questionário: Problemas Teóricos e Metodológicos Gerais*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Costa, A. B. (1998). *Exclusões Sociais*. Edição Gradiva .
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Eurostat. (12 de junho de 2023). *Fichas Informativas por País: Portugal*. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/12743486/14207636/PT-PT.pdf>
- Fachado, A. A., Martinez, A. M., Villalva, C. M., & Pereira, M. G. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do questionário "Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Média Portuguesa*, 525-533.
- Fernandes, A. (2017). Processos e estratégias de envelhecimento. Em *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* (pp. 223-248).
- Fernandes, A. A. (22 de junho de 2023). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. pp. 39-52.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: objective, subjective, and combined outcomes . *Electronic journal of applied psychology*, 7(1), 22-30.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação Multidimensional em Idosos*. Coimbra: Mar da Palavra Editora.
- Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico . Em A. Fonseca, *Envelhecimento, Saúde e Doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-179). Lisboa: Coisas de Ler.

- Fonseca, A. (28 de junho de 2023). *Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico*.
Obtido de <https://revistas.ucp.pt/index.php/povoseculturas/article/view/8809>
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa : UC, Campus do Saber.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (12 de junho de 2023). *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa*. Obtido de Psychologica: https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_50_20
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). *Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal*. Em C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Climepsi Editores.
- Fonseca, A., & Paúl, C. (2004). *Saúde Percebida e "Passagem à Reforma"*. Em *Psicologia, Saúde & Doenças* (pp. 17-29). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Obtido de *Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Fonseca, A., & Paúl, C. (2008). *Saúde e Qualidade de Vida ao Envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo*. Em *Revista Geriatria e Gerontologia*. Vol. 2, nº1 (pp. 32-37).
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito- Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora
- Guiddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.
- Iecovich, E. (2014). *Aging in Place: From Theory to Practice*. Em *Anthropological Notebooks*, Vol. 20, nº1 (pp. 21-39).
- INE. (10 de junho de 2023). Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008856&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

- Leite, Â., Vidal, D., Sousa, H., Dinis, M., & Magano, J. (2021). Versão Portuguesa da Escala de Risco Percebido COVID-19 e Escala de Fobia COVID-19: Propriedades Psicométricas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1044-1060.
- Lessa, A., Rendas, A., Samouco, M. H., Botelho, M. A., & Ramilo, M. T. (1994). *Imagem e Capacidade Funcional da Pessoa Idosa*. Lisboa : Editora Internacional.
- Lima. (2010). *Envelhecimento(s), Estado da Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, A. P., & Viegas, S. M. (29 de janeiro de 2023). A Diversidade Cultural do Envelhecimento: A Construção Social da Categoria de Velhice. In *Psicologia*, VI, nº1, pp. 149-158.
- Lopes, A. (2015). Pobres que envelhecem ou velhos que empobrecem? Alguns apontamentos sobre o tema da pobreza na população idosa. Em F. Diogo, A. Castro, & P. Perista, *Pobreza e Exclusão Social em Portugal* (pp. 149-164).
- Mahoney, & Barthel. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. *Md.State Medical Journal*, 61-65.
- Maia, C., Castro, F., Fonseca, A., & Fernández, M. (2016). Redes de Apoio Social e de Suporte Social e Envelhecimento Ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 293-303.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de Vida na Velhice. Em V. X. Análise Social.
- Ministros, C. d. (25 de junho de 2023). *Comunicado do Conselho de Ministros de 19 de março de 2020*. Obtido de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=334>
- Nogueira, C. (2001). *Um Novo Olhar sobre as Relações Sociais de Género*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novaes, M. H. (2008). *Paradoxos Contemporâneos*. Rio de Janeiro: E-papers.
- OBER. (8 de Agosto de 2023). *Centro de Dia*. Obtido de <https://ober.pt/respostas-sociais/centro-de-dia/>

- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis ed.
- ONU. (24 de maio de 2023). *Envelhecimento*. Obtido de ONU News:
<https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Paúl, C. (2012). Rediteia 45- Envelhecimento Ativo . *Rediteia: revista de Política Social da Rede Europeia Anti-Pobreza*, 33-44.
- Paúl, C. (2017). Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. Em S. R. Porto, Vol.15 (pp. 275-287).
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial Profile of Rural and Urban Elders in Portugal. *European Psychologist, Volume 8*, 160-167.
- Pordata. (14 de junho de 2023). Obtido de Idade média de reforma dos novos pensionistas de velhice segundo o sexo:
<https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>
- Pordata. (12 de junho de 2023). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Obtido de
[https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+po+r+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418-5192](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+po+r+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418-5192)
- Pordata. (12 de junho de 2023). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. Obtido de
<https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Pordata. (12 de junho de 2023). *Índice de Envelhecimento e Outros Indicadores de Envelhecimento*. Obtido de
<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indica+dores+de+envelhecimento-526>
- Pordata. (31 de julho de 2023). *População empregada segundo os Censos: total e por setor de atividade económica*. Obtido de
<https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>

- Pordata. (17 de julho de 2023). *População residente com 16 a 64 anos e 65 a 89 anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. Obtido de [https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+16+a+64+anos+e+65+a+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266-179437](https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+16+a+64+anos+e+65+a+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266-179437)
- Pordata. (12 de junho de 2023). *População residente: total e por grandes grupos etários*. Obtido de <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-513>
- Pordata. (6 de junho de 2023). *População residente: total e por grandes grupos etários. Onde há mais e menos jovens, idosos ou pessoas em idade ativa?* Obtido de <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>
- República, A. d. (25 de junho de 2023). *Estado de Emergência | Declarações e Relatórios*. Obtido de <https://www.parlamento.pt/Paginas/estado-emergencia.aspx>
- Ribeiro, Ó. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. Em R. d. Porto, *Envelhecimento Demográfico: Percursos e Contextos de Investigação na Sociologia Portuguesa* (pp. 33-52).
- Rodrigues, T. F., & Henriques, F. C. (28 de maio de 2023). *(Re)Birth: Desafios Demográficos Colocados à Sociedade Portuguesa*. Obtido de Plataforma para o Crescimento Sustentável, Fundação Wilfried Martens Center for European Studies: <https://www.crescimentosustentavel.org/investigacao/rebirth-desafios-demograficos-colocados-a-sociedade-portuguesa>
- Rosa, M. J. (2000). *Um Tempo sem Idades: Ensaio sobre o Envelhecimento da População*. Lisboa : Tinta da China.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lidel .
- Silva, M. E. (2006). *Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!*. Lisboa .

- SNS. (5 de setembro de 2023). *História do SNS*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- SNS, S. N. (24 de junho de 2023). *Novo coronavírus SARS-CoV-2 | Covid-19*. Obtido de <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>
- Social, I. d. (15 de agosto de 2023). *Guião Orientador para a Reabertura da Resposta Social*. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/17033048/93.+BS_OT+DGS+Reabertura+Centros+de+Dia+30.07.2020+-+Versa%CC%83o+Final+2.pdf/a1fde9f3-027b-491f-a84d-ab3571a37bc9
- Social, I. S. (28 de junho de 2023). *Guia Prático: Apoios Sociais- Pessoas*. Obtido de https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- UN. (29 de maio de 2023). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action Ageing*. Obtido de <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>
- Viegas, S. d., & Gomes, C. A. (2007). *A Identidade na Velhice*. Porto: Ambar .
- Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (26 de junho de 2023). *Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China*. Obtido de Pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31994742/>
- Whelan, C. (15 de maio de 2023). *Where Are The Fastest Aging Populations Around The World?* Obtido de Aging In Place : <https://aginginplace.org/fastest-aging-populations/>
- WHO. (2015). *World report on Aging and Health*. Genève.
- Who, W. H. (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva.

ANEXOS

Anexo 1- Inquérito Individual

IDENTIFICAÇÃO INQUIRIDO

O presente questionário visa a obtenção do grau de mestre em sociologia, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto. A participação ou não neste estudo é uma escolha sua. Se concordar em participar, terá de assinar um termo de consentimento. Todas as informações partilhadas serão mantidas em sigilo.

Nº Inquirido:

Centro:

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1.1 Idade:	1.2 Sexo:
1.3 Grau de Escolaridade:	1.4 Teve um trabalho remunerado ao longo da sua vida?
1. Não sabe ler nem escrever 2. Sabe ler e escrever (sem completar a escola) 3. Ensino primário 4. Ensino básico 5. Ensino secundário 6. Ensino superior	1. Sim 2. Não
	1.5 Se SIM, refira qual foi a sua profissão?

2. CARACTERIZAÇÃO FINANCEIRA

2.1 Principais Fontes de Rendimento:	2.2 Até que ponto o seu rendimento lhe permite fazer face às despesas do mês?
1. Trabalho remunerado 2. Pensão de reforma/Pensão de velhice 3. Pensão social de velhice 4. Pensão de viuvez 5. Pensão de sobrevivência 6. Pensão de invalidez 7. Ajuda de familiares/amigos e/ou vizinhos 8. Subsídio de doença/acidente 9. RSI	1. Sem qualquer dificuldade 2. Consigo desde que tenha cuidado 3. Consigo, mas com dificuldade 4. Não chega

10. Complemento solidário para idosos	
11. Outros subsídios/apoios estatais	
12. Outros (ex: juros, poupanças, etc)	

3. RECURSOS SOCIAIS

3.1 Qual é o seu estado civil: 1. Casado/a 2. Viúvo/a 3. Solteiro/o 4. Divorciado/a 5. União de facto	3.2 Quem vive consigo na sua casa? 1. Vive sozinho/a 2. Conjuge 3. Filhos/as 4. Netos/as 5. Irmãos/Cunhados 6. Outros familiares 7. Amigos 8. Outros. Especificar: _____
--	--

Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (Mos-SSS); adaptação cultural e validação da versão portuguesa

3.3 Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com quem está à vontade e pode falar tudo o que quiser) _____					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
2) Alguém que o ajude, se estiver de cama	1	2	3	4	5
3) Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5
4) Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
5) Alguém que o leve ao médico quando necessite	1	2	3	4	5
6) Alguém que lhe dê sinais de carinho, amor ou afetos	1	2	3	4	5
7) Alguém com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5
8) Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5
9) Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas necessidades	1	2	3	4	5

10) Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
11) Alguém com quem pode relaxar	1	2	3	4	5
12) Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5
13) Alguém cujo conselho deseje	1	2	3	4	5
14) Alguém com quem fazer coisas que o ajude a esquecer os seus problemas	1	2	3	4	5
15) Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
16) Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
17) Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
18) Alguém para se divertir	1	2	3	4	5
19) Alguém que compreenda os seus problemas	1	2	3	4	5
20) Alguém que ama e lhe faça sentir-se querido	1	2	3	4	5

3.4 Se respondeu ALGUÉM nas perguntas anteriores, quem são essas pessoas? 1. Conjugue 2. Filhos/as 3. Netos/as 4. Irmãos/Cunhados 5. Outros familiares 6. Amigos 7. Outros. Especificar: _____	
3.5 Sente-se sozinho/a? 1. Sim 2. Não	
3.6 Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria? 1. Sim 2. Não	
3.7 Teve filhos? 1. Sim 2. Não	3.8 Se respondeu SIM, quantos filhos? _____

4. SITUAÇÃO DE SAÚDE/DEPENDÊNCIA

Índice de Barthel, Mahoney e Barthel, 1965; Sequeira, 2007; 2010

Atividade			Pontuação
Alimentação	10	Independente	
	5	Necessidade de alguma ajuda	
	0	Dependente	
Vestir	10	Independente	
	5	Necessidade de alguma ajuda	
	0	Dependente	
Banho	5	Totalmente Independente	
	0	Dependente	
Higiene Corporal	5	Totalmente Independente	
	0	Dependente	
Utilizar a Casa de Banho	10	Independente	
	5	Necessidade de alguma ajuda	
	0	Dependente	
Controlo Intestinal	10	Independente	
	5	Incontinência ocasional	
	0	Incontinente fecal	
Controlo Visical	10	Independente	
	5	Incontinência ocasional	
	0	Incontinente ou algaliado	
Subir Escadas	10	Independente	
	5	Necessidade de ajuda	
	0	Dependente	
Transferência Cadeira- Cama	15	Independente	
	10	Necessidade de ajuda mínima	
	5	Necessita de grande ajuda	

	0	Dependente	
Deambulação	15	Independente	
	10	Necessidade de ajuda	
	5	Independente com cadeira de rodas	
	0	Dependente	
Total:			

4.1 Tem um centro de saúde ou outro serviço de saúde de referência? 1. Sim 2. Não	4.2 Tem médico de família ou outro que o/a acompanhe regularmente? 1. Sim 2. Não
4.3 De um modo geral, como avalia a sua saúde? 1. Excelente 2. Boa 3. Aceitável 4. Má 5. Muito má	
4.4 Quantas refeições faz por dia? Nº _____	
4.5 Fuma? 1. Sim 2. Não	4.6 Se SIM, quantos cigarros por dia? _____
4.7 Bebe bebidas alcoólicas? 1. Sim 2. Não	4.8 Se SIM, quantos copos por dia? _____

5. EXPERIÊNCIA E VIVÊNCIA DA COVID-19

5.1 Qual o seu grau de preocupação relativamente à pandemia Covid-19? (nada preocupado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (muito preocupado)
5.2 Tem-se mantido informado sobre as medidas de prevenção e controlo da Covid-19? 1. Sim 2. Não

5.3 Em geral, tem sido fácil ou difícil para si lidar com as restrições da pandemia? 1. Sim 2. Não	
5.4 Já esteve infectado/a com Covid-19? 1. Sim 2. Não	5.5 Com quem partilhou o confinamento? 1. Conjuge 2. Filhos/as 3. Netos/as 4. Irmãos/Cunhados 5. Outros familiares 6. Amigos 7. Outros. Especificar: _____
5.6 Deixou de estar com alguém por causa das medidas impostas? 1. Sim 2. Não	
5.7 Além do Centro, deixou de frequentar algum espaço por causa das medidas impostas? 1. Sim 2. Não	
5.8 Quando apareceu a vacina, foi vacinado contra a covid-19? 1. Sim 2. Não	
5.9 E este inverno, tomou o reforço da vacina? 1. Sim 2. Não	5.10 E a vacina da gripe, tomou? 1. Sim 2. Não
5.11 Antes de ser vacinado, os efeitos adversos da vacina preocupavam-lhe? 1. Sim 2. Não	

5.13 Indique a frequência com a qual realizou as medidas de segurança impostas como prevenção e controlo da Covid-19					
	Quase Nunca	Às vezes	Várias Vezes	Com frequência	Quase Sempre
Higiene Pessoal (contenção da tosse com o braço, higiene respiratória, lavagem frequente das mãos)					

Quarentena/Isolamento Social (confinamento, restrição das deslocações)					
Higiene dos Espaços					

Items of the Coronavirus-19 Perceived Risk Scale (Portuguese version)

Items	Negligenciável	Pouco	Muito Pouco	Muito	Muito Grande
Qual considera que é a probabilidade de contrair covid-19?					
Qual considera que é a probabilidade de contrair covid-19 em comparação com outras pessoas?					
Qual considera que é a probabilidade de morrer devido à covid-19?					
Quão preocupado está com a possibilidade de contrair covid-19?					
Quão preocupado está com o facto de um familiar contrair covid-19?					
Quão preocupado está com a ocorrência de covid-19 na sua região?					
Quão preocupado está com o facto da covid-19 emergir como um problema de saúde?					

The Covid-19 Phobia Scale (C19PS) in the Portuguese population. Items of the Coronavirus-19 Phobia Scale (Portuguese version)

Items	Discordo Completamente	Discordo	Não concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente
-------	------------------------	----------	---------------------------	----------	------------------------

O medo de contrair o coronavírus deixa-me muito ansioso (a).					
Tenho muito medo de que alguém da minha família seja infectado pelo coronavírus.					
Notícias sobre mortes relacionadas com o coronavírus causam-me grande ansiedade.					
As incertezas à volta do coronavírus causam-me uma enorme ansiedade.					
A velocidade com que o coronavírus se espalhou provoca-me um grande pânico.					
Discuto apaixonadamente (ou quero discutir) com pessoas que considero que se comportam de maneira irresponsável face ao coronavírus.					
Tenho sérias dores de estômago por sentir medo do coronavírus.					
Tenho tremores devido ao medo do coronavírus.					
Tenho problemas de sono por causa do medo do coronavírus.					
O coronavírus deixa-me tão tenso que me sinto incapaz de fazer o que fazia antes sem problemas.					
A possibilidade de escassez de alimentos devido à pandemia do coronavírus causa-me ansiedade.					
A possibilidade de falta de material de limpeza e higiene devido à pandemia de coronavírus causa-me ansiedade.					
Eu estou a armazenar comida com medo do coronavírus.					
Depois da pandemia de coronavírus, não me sinto relaxado(a) a menos que verifique constantemente os meus mantimentos em casa.					

Após a pandemia de coronavírus, fico extremamente ansioso(a) quando vejo pessoas a tossir.					
Após a pandemia de coronavírus, evito ativamente as pessoas que vejo a espirrar.					
Após a pandemia do coronavírus, percebi que passo longos períodos a lavar as mãos.					
O medo de contrair o coronavírus interfere seriamente nas minhas relações sociais.					
Não consigo controlar a minha ansiedade de contrair o coronavírus através de outras pessoas.					

6. COVID-19 E O CENTRO

6.1 Há quanto tempo está no Centro? 12 meses – 2 anos 2 anos – 3 anos 3 anos – 4 anos > 4 anos	6.2 Vinha regularmente ao Centro antes da pandemia? - Sim - Não
---	---

Items	Discordo Completamente	Discordo	Não concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente
1. Sinto-me incluído/a dentro do Centro					
2. A relação com os funcionários é boa					
3. No centro tenho acesso a muitas atividades					
4. Estou satisfeito/a com as atividades praticadas no Centro					
5. Frequentar o Centro ajuda-me a criar relações interpessoais					

6. O Centro promove o convívio social					
7. Estou satisfeito/a com a minha participação no Centro					
8. Prefiro vir para o Centro do que ficar em casa					
9. Gosto da companhia dos outros utentes					
10. No Centro sinto-me ativo/a e útil					
11. A minha vida melhorou assim que entrei no Centro					
12. Antes de entrar no Centro os meus dias eram monótonos					
13. Foi difícil lidar com o encerramento do Centro quando surgiu a pandemia					
14. Nos confinamentos, mantive contacto com os funcionários e utentes do Centro					
15. Quando o Centro reabriu senti que as rotinas/dinâmicas estavam diferentes (atividades)					
16. As relações nunca mais foram iguais desde que surgiu a pandemia					
17. Foi difícil a adaptação às novas regras quando surgiu a pandemia					
18. Durante os períodos de confinamento obrigatórios senti-me isolado/a					
19. Durante os períodos de confinamento obrigatórios pensava muito na reabertura do CD/CC					

Anexo 2- Consentimento Informado

Título do estudo: Covid-19: e tudo o que dissemos que não era. Representações, experiências e vivências da covid-19 na velhice.

Pessoa responsável: Andreia Patrícia Serdoura Soares

Contacto telefónico: 919156807

e-mail: up202003939@up.pt

Faculdade: Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Curso: Mestrado em Sociologia

Orientadora: Professora Alexandra Lopes

Consentimento Informado

O questionário que se pretende realizar tem em vista a obtenção do grau de mestre em sociologia, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

A participação ou não neste estudo é uma escolha do indivíduo, sendo que pode retirar-se do estudo a qualquer momento. Se concordar em participar, terá que assinar um termo de consentimento. Todas as informações partilhadas com o entrevistador serão mantidas em sigilo. Ninguém além da entrevistadora terá acesso ao conteúdo da conversa. O questionário terá a duração de 10 minutos.

Informação do Participante

Aqui estão expostas todas as informações necessárias para a decisão de participar no estudo. Caso aceite participar o entrevistado terá que assinar o Termo de Consentimento e ficará com uma cópia assinada por ambos.

Quais são os objetivos do estudo?

Este estudo visa compreender o modo como os utilizadores dos centros de dia do Concelho de Baião vivencia/vivenciou a covid-19.

De forma minuciosa, pretende-se conhecer, por um lado, as trajetórias e percursos pessoais dos indivíduos. Por outro lado, identificar e compreender o modo como os indivíduos experienciaram a covid-19. Finalmente, sistematizar e dar visibilidade às medidas de contenção adotadas para responder às exigências da covid-19, assim como, os seus impactos na gestão, suspensão e/ou redução dos serviços dos centros.

O que a minha participação neste estudo implica?

Pretendo falar consigo e fazer algumas perguntas de modo a compreender a sua opinião, experiências e vivências sobre a covid-19.

Existem riscos e benefícios da minha participação?

A participação neste estudo não implica nenhum risco. Porventura, pode ajudá-lo, também, a entender como outras pessoas vivenciaram a mesma experiência.

Quais são os meus direitos?

A participação neste estudo é totalmente voluntária e não remunerada. É uma escolha sua participar e sair do estudo a qualquer momento. Ninguém será informado sobre a sua decisão e todas as informações partilhadas comigo serão mantidas em sigilo, sendo que o conteúdo da nossa conversa não será partilhado com ninguém.

Assim que o estudo estiver concluído, não serão mencionados nomes, nem outras informações que permitam identificar qualquer pessoa.

O que acontece depois deste estudo terminar?

Assim que concluído, os resultados serão analisados e discutidos sob o ponto de vista teórico. Todos os questionários serão armazenados no computador, numa base de dados, sendo que os documentos em papel serão destruídos. Os consentimentos informados assinados serão guardados por um período de 1 ano.

Termo de Consentimento

Eu, _____,
declaro que compreendi a intenção do questionário, sendo-me fornecidas todas as informações necessárias à sua realização. Entendo que a participação é voluntária e autorizo a utilização dos dados obtidos para efeitos científicos, salvaguardando a identidade e confidencialidade.

Declaração do Participante:

Eu abaixo-assinado aceito participar neste estudo.

Nome:

Data: ____/____/____

Assinatura: