



Francisco Santana Cunha

**O BEM-ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS EM TEMPOS DE
PANDEMIA: ESPAÇO RESIDENCIAL E MOBILIDADE EM
QUATRO ÁREAS URBANAS EM PORTUGAL**

Dissertação de Mestrado em Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis,
orientada pelo Professor Doutor Miguel Padeiro, apresentada ao Departamento de Geografia
e Turismo da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023

FACULDADE DE LETRAS

O BEM-ESTAR DAS PESSOAS IDOSAS EM TEMPOS DE PANDEMIA: ESPAÇO RESIDENCIAL E MOBILIDADE EM QUATRO ÁREAS URBANAS EM PORTUGAL

Ficha Técnica

Tipo de trabalho	Dissertação
Título	“O bem-estar das pessoas idosas em tempos de pandemia: Espaço residencial e mobilidade em quatro áreas urbanas em Portugal”
Autor/a	Francisco Cunha
Orientador/a(s)	Professor Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro
Júri	Presidente: Doutora Susana Maria Pereira da Silva Vogais: 1. Doutor Jorge Miguel Nunes Padeiro 2. Doutora Maria de Fátima Grilo Velez de Castro
Identificação do Curso	2º Ciclo em Geografia Humana, Planeamento e Territórios Saudáveis
Área científica	Geografia
Data da defesa	16-10-2023
Classificação	18 valores



FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer à *mui nobre* Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, escola onde me senti integrado e de onde irei guardar boas recordações dum espírito académico de excelência.

Em segundo lugar a todos os Docentes que tive o prazer de ter ao longo destes dois anos no mestrado de Geografia Humana, Planeamento Urbano e Saudável que definitivamente ampliaram o meu interesse por esta vertente de estudo, e por terem tido um papel fundamental na ajuda da construção da minha resiliência enquanto individuo, estudante e futuro Geógrafo.

Agradecer a honra e privilégio que foi poder contar com a ajuda do Professor Doutor Miguel Padeiro, pelo seu determinante e indispensável contributo para esta pesquisa. Não só pela sua compreensão e pragmatismo que incutiu, como também por todo o incentivo em pelos exímios conhecimentos que transmitiu. Bem como, pela sua sabedoria/experiência de excelência nesta área e por se ter mostrado sempre disponível para me ajudar.

À Doutora Linda Naughton pela presença atenta e constante durante a fase da realização das entrevistas. Por me ter proporcionado um equilíbrio entre a exigência, disponibilidade e encorajamento ao longo da minha primeira experiência no mundo da investigação.

Aos participantes que aceitaram realizar as entrevistas pela disponibilidade e aceitação com que encararam a sua participação na recolha da amostra da presente investigação.

Aos meus amigos próximos. Não necessito de nomeá-los, ao lerem sentir-se-ão identificados. Aos colegas de curso e mestrado mais próximos, por toda a importante troca de ideias e conhecimentos, e pela amizade desenvolvida, o meu obrigado.

À minha namorada, Andreia. O papel que tiveste na conclusão deste trabalho foi decisivo. Ter-me ensinado a acreditar mais em mim, assim como, a trabalhar a capacidade de flexibilização ou o maior pragmatismo, foram pontos-chave que me ensinaste para a finalização deste trabalho. Obrigado por estares incansavelmente presente para tudo o que fosse e não fosse necessário. Um obrigado eterno será o mínimo que te devo.

À minha família uma palavra especial de agradecimento por me proporcionarem as condições possíveis para realizar e concluir este longo ciclo de estudos e por todo o amor com que compreenderam as minhas ausências. Aos meus pais, irmãos, avós e tias por serem os meus alicerces e por depositarem a máxima confiança em mim, mesmo quando eu não acredito que é possível.

Resumo

O envelhecimento da população representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais a nível mundial, sendo atualmente Portugal um dos países mais envelhecidos da Europa (183 idosos por cada 100 jovens). Por isso, dá-se cada vez mais importância ao envelhecimento ativo. Com a melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde, o envelhecimento demográfico tem sido acompanhado por um aumento dos anos de vida saudável, o que prolongou a vida ativa e proporciona novas modalidades de consumo. Deste modo, o envelhecimento ativo veio responder aos múltiplos desafios individuais e coletivos, remetendo para uma visão multidimensional que integra os vários domínios da vida pessoal e social dos indivíduos. Verificamos que os idosos de hoje possuem maior capacidade de mobilidade e qualificações do que outrora. Por isso, a mobilidade é tida como um indicador de qualidade de vida no envelhecimento e é essencial mantê-la na população acima dos 60 anos. A pandemia da COVID-19 afetou a população mundial a nível individual, relacional e social, tendo sido a população idosa a mais afetada pois apresenta um maior risco de exposição, novas comorbilidades, maior risco de complicações e maior probabilidade de mortalidade. As necessárias medidas restritivas, tiveram impacto negativo na saúde mental dos idosos, devido ao seu maior risco de infeção e isolamento social. O isolamento imposto fragilizou a sua saúde mental, originando maior solidão e, conseqüentemente, sintomatologia depressiva e ansiosa. Deste modo, o presente estudo pretendeu aferir o impacto e influência da pandemia COVID-19 no bem-estar das pessoas idosas, bem como analisar as suas experiências, percepções e alterações nos seus padrões de mobilidade e no seu espaço de vida comunitário ocorridas nesse tempo em Portugal. A amostra foi constituída por 30 participantes, 17 (sexo feminino), 13 (sexo masculino), \geq a 60 anos, com idades compreendidas entre os 61 e os 90 anos. A média de idades da amostra foi de 74,5 anos. Os participantes pertenciam a quatro áreas urbanas do território nacional (7, Aveiro; 8, Coimbra; 8, Lisboa; 7, Faro). Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas semiestruturadas, transcritos, categorizados e numa fase final analisados qualitativamente. Os resultados apurados pelas entrevistas revelaram que a maioria dos entrevistados acredita que a crise pandémica teve impactos significativos nas suas relações sociais e na saúde física e mental, uma vez que se viram privados, dados os sucessivos confinamentos, de realizarem as suas atividades. Evidenciando, de grosso modo, um impacto negativo na maioria dos temas analisados sobre a amostra. Contudo, a pesquisa mostrou que para alguns, a COVID-19 foi vista como um problema transformado em oportunidade. Este estudo veio enfatizar a necessidade de maiores respostas multidisciplinares, de forma a minimizar as desigualdades sociais para a população idosa.

Palavras-chave: População Idosa; Pandemia Covid-19; Espaço Residencial; Mobilidade; Envelhecimento Ativo.

Abstract

Population aging represents one of the main demographic and social phenomenon worldwide, with Portugal currently being one of the oldest countries in Europe (a ratio of 183 elderly people to 100 young people). Therefore, active and healthy aging is becoming increasingly important. With the improvement of living conditions and healthcare, demographic aging has increased in years of healthy life, prolonging active life and new consumption modalities. In this way, active aging responds to multiple individual and collective challenges, leading to a multidimensional vision that integrates the various domains of individuals' personal and social lives. Today's elderly people have greater mobility and qualifications compared to years ago. Mobility is seen as an indicator of quality of life during aging and it is essential to maintain it those over 60 years of age. The COVID-19 pandemic has affected the world population at an individual, relational, and social level, with the elderly population being affected the most as they present a greater risk of exposure and/or complications, new comorbidities, and a higher probability of mortality. Restrictive measures negatively impacted the mental health of older people also due to their greater risk of infection and social isolation. The imposed isolation weakened this population's mental health, leading to loneliness and, consequently, depressive and anxious symptoms. The present study aims to assess the impact and influence of the COVID-19 pandemic on the well-being of portuguese elderly people on different levels: lived experiences, perceptions, changes felt in mobility patterns and in community living space during the pandemic period. The sample of this study comprised 30 participants over 60 years of age (Mage = 74.5 years old; Min age = 61, Max age=90), 17 (female), 13 (male). The participants were from four urban areas in the national territory (7 Aveiro; 8 Coimbra; 8 Lisbon; 7 Faro). Data were collected using semi-structured interviews, transcribed, categorized, and in a final phase, analyzed qualitatively. The results obtained from the interviews revealed that most participants believe that the COVID-19 pandemic had a significant impact on their social relationships and physical and mental health, as they found themselves deprived of carrying out habitual activities, due to successive confinements. Overall, findings highlight a negative impact on most of the analyzed themes. However, research has shown that for some participants, COVID-19 was seen as a problem turned into an opportunity. This study emphasized the need for greater multidisciplinary responses, in order to minimize social inequalities for the elderly population.

Keywords: Elderly Population; COVID-19 Pandemic; Public Space; Mobility; Active Aging.

Índice

1. Introdução	12
1.1 Objetivos	14
1.2 Estrutura da dissertação.....	15
2. Enquadramento teórico e contextual	16
2.1 O envelhecimento demográfico	16
2.1.1 A tendência global do envelhecimento	16
2.1.2 O envelhecimento em Portugal	26
2.1.2.1 Caracterização do envelhecimento em Portugal.....	25
2.1.2.2 Causas do envelhecimento.....	34
2.1.2.3 A nova geografia do envelhecimento em Portugal.....	36
2.3 A promoção do envelhecimento ativo e saudável	46
2.3.1 Os desafios da saúde e dos cuidados no envelhecimento.....	46
2.3.2 O envelhecimento ativo e saudável	47
2.3.3 Aging in Place – um conceito, várias definições.....	49
2.3.3.1 Aging in Place: O desejo de permanecer no lugar.....	49
2.3.3.2 Evitar a institucionalização.....	51
2.3.4 “Age-friendly communities” como resposta?	53
2.4 O ambiente residencial e o bem-estar da população idosa	59
2.5 A pandemia de COVID-19 e as pessoas idosas	62
3. Materiais e métodos	68
3.1 Área de estudo.....	68
3.2 Participantes	76
3.2.1 Tipo de amostra e recrutamento dos participantes	76
3.2.2 Características da amostra.....	82
3.3 Instrumento: entrevistas semi-estruturadas	84
3.4 Análise de dados.....	86
4. Resultados	88

4.1	Habitação.....	89
4.2	Mobilidade e Transportes.....	90
4.3	Espaço Público e Espaços Verdes.....	95
4.4	Acesso e Qualidade dos Serviços de Proximidade e Saúde.....	96
4.5	Participação Cívica e Situação Financeira.....	100
4.6	Atividade Física.....	102
4.7	Saúde Física.....	103
4.8	Bem-Estar Psicológico.....	105
4.9	Interações Sociais.....	118
4.10	Sentimento de Solidão.....	124
4.11	Pós-Pandemia.....	125
5.	Discussão.....	126
5.1	Limitações do estudo.....	134
6.	Conclusão.....	136
7.	Bibliografia.....	138
8.	ANEXOS.....	148

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Evolução da População Residente em Portugal e nas Áreas de Estudo 1960-2021.....	69
Tabela 2 - Indicadores de Envelhecimento em Portugal e nas Áreas de Estudo.....	70
Tabela 3 - Indicadores Económicos em Portugal e nas Áreas de Estudo.....	71
Tabela 4 - População em Portugal e nas Áreas de Estudo Sem Nível de Escolaridade.....	72
Tabela 5 - Nível de Ensino em Portugal e nas Áreas de Estudo em 1960 e 2021.....	73
Tabela 6 - Distribuição da Amostra por Género, Área de Residência, Idade e Escolaridade.....	82
Tabela 7 - Categorias e subcategorias de análise relativas às perceções dos Idosos sobre a pandemia.....	87

Índice de Figuras

Figura 1 - Problematização do Tema da Pesquisa.....	13
Figura 2 - Número de pessoas com 60 ou mais anos no Mundo: em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, (previsões 1950 - 2050).....	20
Figura 3 - Estimativa de população com 65 ou mais anos em 2020.....	21
Figura 4 - Índice de envelhecimento na União Europeia em 1960, 1980 e 2019 (UE-27).....	24
Figura 5 - Evolução temporal do peso de população idosa sobre a população residente em Portugal.....	26
Figura 6 - Evolução temporal do índice de envelhecimento e do índice de dependência de idosos 1960 – 2022.....	27
Figura 7 - Evolução da proporção de população jovem e idosa em Portugal 1960-2020.....	28
Figura 8 – Estrutura Etária Portuguesa em 1960.....	28
Figura 9 - Estrutura Etária Portuguesa em 1991.....	29
Figura 10 - Estrutura Etária Portuguesa em 2022.....	31
Figura 11 - Índice de Dependência de Idosos por Municípios Portugueses (2022).....	37
Figura 12 - Índice de Envelhecimento por Municípios Portugueses (2022).....	39
Figura 13 - Índice de Longevidade por Municípios Portugueses (2022).....	40
Figura 14 - Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida.....	44
Figura 15 - O modelo de 2007 da OMS “Cidades Amigas dos Idosos”.....	56
Figura 16 - Enquadramento geográfico das Áreas de Estudo (Coimbra, Faro, Lisboa, Aveiro) e proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade por Área de Estudo.....	68
Figura 17 - População Residente nas Áreas de Estudo (2021).....	69
Figura 18 - Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Área da Área de estudo de Coimbra.....	77
Figura 19 - Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Área de Estudo de Aveiro.....	78
Figura 20 - Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Área de Estudo de Faro.....	79

Figura 21 - Localização aproximada dos locais onde foram realizados as entrevistas na Área de
Estudo de Lisboa.....80

1. Introdução

Hoje, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos e mais. Quando combinados com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, esses aumentos na esperança de vida, levam ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo (WHO, Relatório de envelhecimento de envelhecimento e saúde, 2015)

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, em termos globais o número de pessoas com mais de 60 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor da ordem dos 34% da população total na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 60 ou mais anos de idade (WHO, 2015). Trata-se, igualmente, do crescimento dos grupos etários mais velhos e a diminuição do número de jovens na generalidade da população. Para além destes dados e, de acordo com alguns estudos, podemos verificar que este envelhecimento acontece cada vez mais em latitudes de áreas urbanas. *“A nível mundial, as populações estão a envelhecer. A maioria das pessoas vive agora em zonas urbanas e fá-lo-ão num futuro previsível”* (Hoof, 2021).

É o processo do envelhecimento a disseminar-se por todo o globo, e, no caso de Portugal estima-se que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa. Portugal, à imagem dos países do sul da Europa, encontra-se no ranking dos países mais envelhecidos do continente. Itália lidera o ranking com cerca de 23,2% de população com 65 ou mais anos, seguida da Grécia (22,3%) e Portugal (22,1%).

Deste modo, quase um quarto dos portugueses tem 65 ou mais anos (INE, 2022). Dois em cada 5 residentes no nosso país tem mais de 65 anos, como vimos, e destes uma parte cada vez maior tem 75 ou mais anos (Rodrigues, Henriques, 2017) e, existem cerca de 2,7 pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos) por idoso. Torna-se importante compreender que as pessoas com 65 ou 70 anos, nada têm que ver com as do passado. São muito mais qualificadas, não são uma réplica ampliada. Por isso, termos mais pessoas com 65 anos, não quer dizer que temos mais pessoas em situação de doença, uma sociedade doente ou a morrer. Esta geração de população idosa apresenta níveis de saúde mais positivos, fruto de estilos de vida mais saudáveis, e conseqüentemente, possuem uma maior mobilidade – deslocam-se mais e recorrem mais aos serviços e comércios e amenidades das áreas onde residem.

A proporção da população mais velha continua a crescer, e como constatamos o fenómeno é mais rápido nas cidades em comparação com os seus homólogos rurais - tornando a população idosa mais concentrada em zonas urbanas. Esta transição exige a e tem a necessidade de proporcionar um ambiente residencial favorável às pessoas idosas. A criação (ou o fortalecimento) de comunidades amigas do envelhecimento, as designadas *“age-friendly communities”*, que permitem às mesmas envelhecer no local (*aging in place*). Tendo assim, por fim, assegurar a promoção da saúde e do

desenvolvimento pessoal necessários para um estilo de vida digno da população idosa – as pessoas idosas devem ser ativas e saudáveis; Assim, o atual quadro demográfico português, que está longe de ser original na Europa, abre caminho a dois aspetos que devem ser destacados: o envelhecimento do envelhecimento e o envelhecimento saudável.

Por estas e outras razões, torna-se imperativo a necessidade do estudo e do melhor conhecimento do modo como as pessoas idosas se relacionam com o seu espaço residencial, e, de que forma é que esse espaço se pode tornar um lugar mais atrativo e seguro para as mesmas. Importa igualmente compreender de que forma a população idosa poderá viver mais anos e mais anos saudáveis com qualidade de vida e bem-estar, abrangidos e munidos pela oferta de serviços de proximidade nas áreas de residência.

Os últimos anos tinham visto progressos mas uma nova variável veio romper essa progressão e ao mesmo tempo fortalecer esta necessidade: a pandemia. No global, a pandemia tornou indiscutível a ideia em que os contextos em que as pessoas vivem, aprendem ou trabalham - influenciam criticamente o seu bem-estar físico, mental e social, e traduzem desigualdades em saúde. Estamos a assistir à mudança de paradigma, onde o foco é colocado no "ser saudável" e não apenas na doença, no manter as pessoas saudáveis, com qualidade de vida, bem-estar e com recursos que permitam aos indivíduos e comunidades promover a saúde ao longo do seu percurso de vida. Existe, por isso, a necessidade de conhecer melhor o modo como as pessoas idosas se relacionaram com o seu espaço residencial durante a pandemia, o que ajudará no futuro a melhorar os ambientes residenciais, a promover o envelhecimento ativo e saudável, e eventualmente a preparar novas crises.

Deste modo, de que forma próximas eventuais pandemias irão afetar o normal bem-estar e mobilidade da população idosa (que numa situação natural já vê essa suas capacidades e mobilidade limitadas)?

Na verdade, o aumento da esperança de vida das pessoas mais velhas assume-se como uma conquista da humanidade, mas que, por sua vez, desafia os indivíduos, as famílias e os serviços da comunidade e de proximidade. Deste modo, no seio das sociedades atuais, presenciamos o fenómeno do envelhecimento generalizado pelo mundo, acentuado no sul da Europa e em países como o Japão. Constituindo-se este como um dos maiores desafios políticos que a UE enfrenta, tornando-se cada vez mais pertinente o estudo de mecanismos como o "*aging in place*", e, a criação propostas que incentivem à sua execução, bem como, entender de que forma os idosos poderão viver mais anos saudáveis e com qualidade.

Estas matérias têm-se vindo a revelar-se de uma substancial prioridade e relevância na agenda, tornando-se pertinente e imprescindível o estudo de como estes impactos podem ser minimizados ou eliminados nas perceções/ e bem-estar da população idosa, visando principalmente os mais idosos e mais isolados (socialmente e não só).

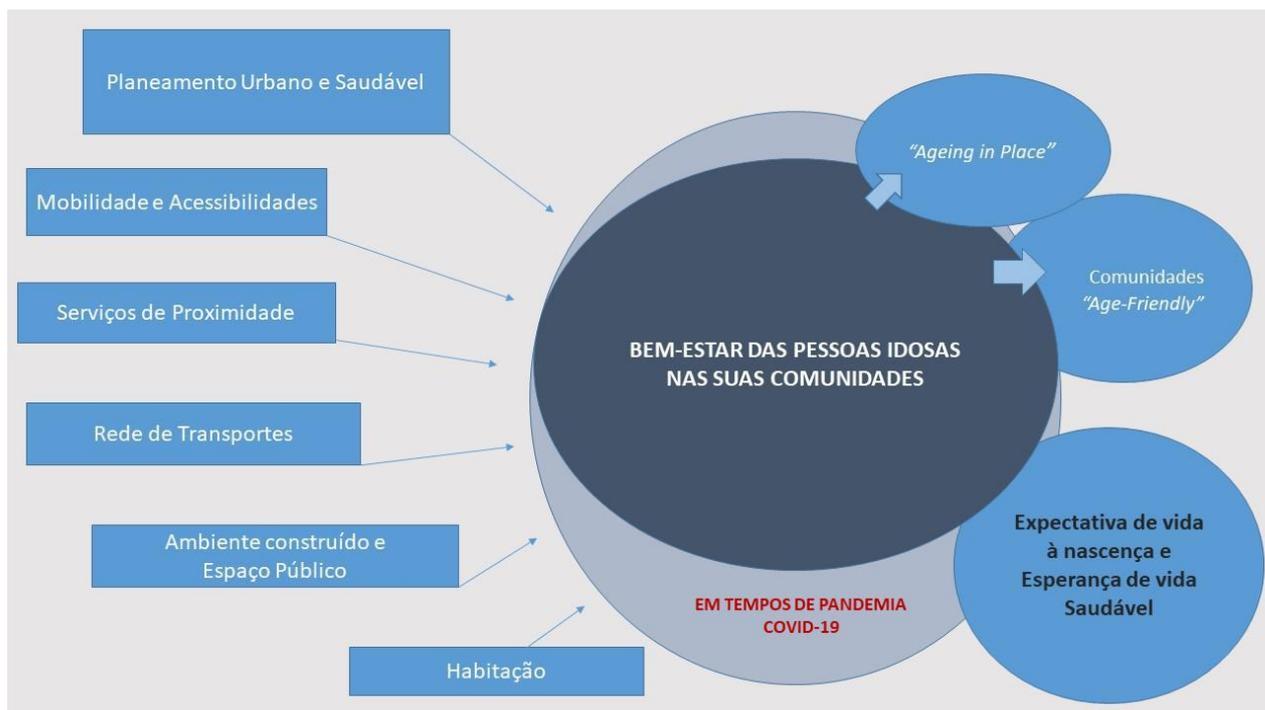


Figura 1: *Problematização do Tema da Pesquisa;* **Fonte:** *Elaboração própria*

1.1 Objetivos

Este estudo propõe-se a analisar o impacto e influência da pandemia COVID-19 no bem-estar das pessoas idosas, bem como analisar as suas experiências, perceções e alterações nos seus padrões de mobilidade e no seu espaço de vida comunitário ocorridas nesse período - em quatro cidades Portuguesas: Área Metropolitana de Lisboa, Coimbra, Faro e Aveiro.

Para atingir o objetivo geral deste estudo importa desenvolver e concretizar alguns objetivos específicos. Primeiramente o estudo visa uma avaliação alargada e geral do contexto da pandemia COVID-19 e das medidas de contenção, na forma como estas interagiram no espaço de vida da população idosa.

- A perceção do estado de saúde física e bem-estar psicológico da população idosa durante a pandemia, assume-se como um dos primeiros objetivos a ter em conta para esta pesquisa.
- Torna-se igualmente pertinente analisar de que modo como os padrões de mobilidade e acessibilidade (resultantes do impacto das medidas de controlo da pandemia), influenciam o bem-estar dos idosos e de que forma limitam - ou não - esse bem-estar.
- A avaliação do sentimento de maior ou menor solidão da população idosa, fruto do impacto da pandemia, prende-se como outro dos objetivos a ter em conta para esta investigação. Bem como, outro objetivo passa, igualmente, pela identificação de possíveis problemas na mobilidade dos idosos no espaço urbano das respetivas áreas estudadas.

- Do mesmo modo que, verificar como a temática socialização dos indivíduos deste grupo de idade foi afetada negativamente ou positivamente como repercussão da pandemia.
- Assim como, pela identificação de uma possível generalização de queixas ao nível do acesso a cuidados de saúde ou algum tipo de insuficiência a este nível, como a falta de médicos de família demarcada nas áreas analisadas, que culmina na conseqüente sugestão de medidas de política pública para a mitigação dos efeitos negativos da pandemia de COVID-19 na mobilidade amiga dos idosos. Neste sentido, hipotetiza-se que a pandemia afetou negativamente a população idosa nas temáticas acima mencionadas.

1.2 Estrutura da dissertação

Este estudo organiza-se em seis capítulos. No primeiro apresenta-se a introdução onde é realizada uma aproximação geral à temática geral do estudo e onde é explicitada a problematização do tema, os seus objetivos e estrutura da dissertação adotada. No segundo capítulo é elaborado um enquadramento teórico e contextual sobre a temática através de cinco grandes temas: o envelhecimento demográfico; o envelhecimento como processo individual; a promoção do envelhecimento ativo e saudável, o ambiente residencial e o bem-estar da população idosa, e por fim, a pandemia de COVID-19 e as pessoas idosas. O terceiro capítulo diz respeito aos materiais e métodos, onde é explicitada a área de estudo por meio de cartografia e onde são apresentadas algumas características do território representadas por indicadores socioeconómicos, demográficos e relativos aos estilos de vida nas respetivas áreas urbanas. O tipo e característica de amostra, bem como os instrumentos de análise utilizados para esta pesquisa são descritos de seguida, ainda neste capítulo. Por fim, o capítulo quarto engloba tudo o que tem que ver com os resultados do estudo, sendo que o quinto é a discussão – onde se comparam resultados obtidos com o que é referido na bibliografia. A conclusão encerra este trabalho de investigação, onde são tecidas considerações finais.

2. Enquadramento teórico e contextual

2.1 O envelhecimento demográfico

2.1.1 A tendência global do envelhecimento

“Uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso. Proporciona a oportunidade de repensar não apenas no que a idade avançada pode ser, mas como todas as nossas vidas podem se desdobrar” Margaret Chan, 2005.

“Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 podia esperar viver 20 ou mais que anos uma criança nascida há 50 anos”. (WHO, Relatório de envelhecimento de envelhecimento e saúde, 2015).

O envelhecimento populacional global constitui um dos principais desafios do século XXI, sendo na Europa que se localizam a maior parte das populações mais envelhecidas do Mundo. Assim, todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população (ONU, 2022). A principal característica demográfica do mundo atual é, sem dúvida, o envelhecimento populacional.

Este envelhecimento da população está a ocorrer em todas as regiões do mundo, em países com diferentes níveis de desenvolvimento (Fundo de populações das nações unidas, 2012). Está a progredir mais rapidamente nos países em desenvolvimento, nomeadamente naqueles que também apresentam uma grande população jovem (ONU, 2022).

O declínio das taxas de fecundidade e o aumento da longevidade têm levado ao envelhecimento da população. A esperança de vida ao nascer aumentou substancialmente em todo o mundo (Fundo de Populações das Nações Unidas, 2012).

O envelhecimento populacional é uma tendência global irreversível. É o resultado inevitável da transição demográfica – a tendência para vidas mais longas e famílias mais pequenas – que está a ocorrer mesmo em países com populações relativamente jovens. Em 2021, uma em cada dez pessoas em todo o mundo tinha 65 anos ou mais (Nações Unidas, 2021).

“O envelhecimento da população está prestes a tornar-se uma das transformações sociais mais significativas do século XXI” (Nações Unidas, 2019): com implicações para quase todos os sectores da sociedade, incluindo os mercados de trabalho e financeiros, a procura de bens e serviços, como a habitação, os transportes e a proteção social. Assim como, se verifica nas estruturas familiares e laços intergeracionais (Nações Unidas, 2019).

Globalmente, a população com 65 anos ou mais está a crescer mais rapidamente do que todos os outros grupos etários. Até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%), acima de uma em 11 em 2019 (9%) (UNDESA, 2019). Até 2050, uma em cada quatro pessoas que vive na Europa e na América do Norte poderá ter 65 anos ou mais. Em 2018, pela primeira vez na história, o número de pessoas com 65 anos ou mais superou o número de crianças com menos de cinco anos de idade em todo o mundo. Prevê-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050.

No globo, atualmente apenas o Japão contabiliza uma população com mais de 30% de idosos tendo em conta a população total; por volta de 2050, estima-se que 64 países se irão juntar a este lote, com uma população idosa de mais de 30% do total (ONU, 2022). A população total do mundo atingiu a marca de mil milhões de habitantes em 1804, 2 mil milhões em 1927, a 3 bilhões de habitantes em 1960. (ONU, 2022). Segundo o *Population Reference Bureau*¹, a população mundial deve aumentar em 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos, segundo as Nações Unidas. O total de habitantes do planeta deve passar dos atuais 7,7 bilhões para 9,7 bilhões em 2050 (WHO, 2022): As últimas projeções das Nações Unidas sugerem que a população global poderá crescer para cerca de 8,5 mil milhões em 2030, 9,7 mil milhões em 2050 e 10,4 mil milhões em 2100 (UN, 2022).

Contudo, devemos ter em conta que o envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento (Fundo de Populações das Nações Unidas, 2012). O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais anos devido aos ganhos em saúde: melhoras ao nível da nutrição, ao nível das nas condições sanitárias, aos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde primários, no ensino e na economia. A esperança de vida à nascença, em 2012, estava situada acima dos 80 anos em 33 países; em 2008, somente 19 desses países haviam alcançado esse patamar (Fundo de Populações das Nações Unidas, 2012).

Certamente que muitos dos leitores deste trabalho viverão até aos seus 80, 90, e até mesmo 100 anos. Seria algo impensável há 30 anos atrás.

O crescimento da população idosa não só acompanhou este aumento absoluto, como também aumentou em termos relativos. Assim, nunca houve tantas pessoas idosas no mundo e a população global de idosos chegou a 1 bilhão de indivíduos com 60 anos e mais anos de idade em 2018 (representando 13% da população total), devendo atingir a marca dos 2 bilhões em 2047 (21% do

¹ Dados recolhidos em “*Population Reference Bureau*”; (PRB é uma organização privada, sem fins lucrativos, especializada em coletar e fornecer estatísticas necessárias para pesquisas e/ou fins académicos voltados para o meio ambiente, saúde e estrutura das populações) (PRB, org) <https://www.prb.org/> (2022)

total) e 3,1 bilhões de idosos em 2100 (30% do total), ou seja, Hoje, nós temos 1,1 bilhões de idosos, com 60 anos ou mais, no mundo. Em 2100 chegaremos em 3,1 bilhões. A população idosa poderá triplicar.

A projeção é de que a esperança média de vida global alcance os 77,2 anos em 2050 (ONU, 2019). Até à metade do século, as Nações Unidas estimam que o número de pessoas com mais de 65 anos será maior do que o dobro do número de crianças com menos de 5 anos de idade.

Embora tenham sido feitos progressos consideráveis na redução da diferença na esperança de vida à nascença² entre países, as disparidades continuam a ser grandes. Em 2021, a esperança de vida nos países menos desenvolvidos ficou 7,0 anos atrás abaixo da média global, devido em grande parte aos níveis persistentemente elevados de mortalidade infantil e materna e, em alguns países, à violência e aos conflitos ou ao impacto contínuo da epidemia do VIH. O Progresso adquirido na esperança à nascença abrandou em 2020 e 2021 devido ao impacto da pandemia de COVID-19. Os dados disponíveis sugerem que, em alguns países da Europa e da América do Norte, o progresso na vida a esperança de vida já estava a diminuir ou estagnando mesmo antes do início da pandemia (Fundo de Populações das nações unidas, 2012).

Segundo Padeiro e Santana, nunca antes os humanos viveram tanto como hoje. A esperança de vida mais do que duplicou desde 1900. *“Embora 6% da população mundial tivesse 65 anos ou mais em 1990, essa proporção cresceu para 9% em 2019. Até recentemente, os problemas sociais associados a novos padrões de envelhecimento era frequentemente visto como um problema apenas nos países ocidentais. Num relatório do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas (UNDESA) de 2015, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais era de 17,5% nos países mais desenvolvidos definidos pela UNDESA e de apenas 6,3% nos países menos desenvolvidos (Padeiro, Santana, & Grant, 2022)”*.

Deste modo, o envelhecimento populacional é hoje um fenómeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, do Terceiro Mundo (KalacheI, VerasII, & RamosI, 2001).

Na opinião de Nazareth (1996), na atualidade, podemos verificar a existência de dois grandes grupos:

- Um formado pelos países em desenvolvimento, constituídos maioritariamente por jovens e por uma pequena proporção de idosos, sendo para estes países considerada uma esperança de vida de 58 anos;
- O outro grupo, onde se engloba a Europa, é integrado pelos países desenvolvidos, possuindo uma esperança de vida de 80 anos, com uma significativa percentagem de idosos (e uma taxa de jovens pequena) (Nazareth, 1996).

A esperança de vida global à nascença atingiu 72,8 anos em 2019, uma melhoria de quase 9 anos desde 1990 (Moon). De acordo com as projeções atuais, espera-se que novas melhorias na sobrevivência resultem numa esperança média de vida a nível mundial de cerca de 77,2 anos em

² Esperança de vida à nascença: n.º médio de anos que uma pessoa pode esperar viver à nascença (Pordata).

2050. Porque a população global está a crescer e a envelhecer rapidamente, é igualmente expectável que o número de mortes em todo o mundo aumente nas próximas décadas, de 67 milhões em 2022 para 92 milhões em 2050 (UN, 2022).

O envelhecimento demográfico e a urbanização estão convergindo tendências globais com consequências significativas. Implicações para o desenvolvimento humano no século XXI. O número de pessoas com 60 anos ou mais como proporção da população global duplicarão de 11% em 2006 para 22% em 2050, altura em que haverá mais idosos do que crianças (de 0 a 14 anos) na população pela primeira vez em história humana. Os países em desenvolvimento estão a envelhecer a um ritmo muito mais rápido do que os países desenvolvidos: até 2050, 79% das pessoas idosas do mundo viverão nesses países. Ao mesmo tempo, mais de metade da população mundial vive agora em cidades, o número e a proporção de moradores urbanos continuarão a aumentar (Kalache, 2010).

As oportunidades que a evolução demográfica apresenta são infindáveis quanto às contribuições que uma população em envelhecimento, social e economicamente ativa, segura e saudável, pode trazer à sociedade. A população em envelhecimento também apresenta desafios sociais, económicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global. Segundo Ban Ki-Moon, *“as implicações sociais e económicas deste fenómeno são profundas, estendendo-se para muito além da pessoa do idoso e sua família imediata, alcançando a sociedade mais ampla e a comunidade global de forma sem precedentes”. É a forma como optamos por tratar dos desafios e maximizar as oportunidades de uma crescente população idosa que determinará se a sociedade colherá os benefícios do “dividendo da longevidade”.*

Para além destes números globais, é importante ter em mente dois tipos de variações espaciais: dentro das regiões e dentro dos países. Assim como, a variação existente entre áreas urbanas e rurais dentro de um país individual. *“O envelhecimento tem sido tradicionalmente associado ao declínio demográfico nas zonas rurais de baixa densidade, porque existe uma tendência para os jovens adultos se deslocarem para as cidades em busca de emprego”* (Padeiro, Santana, & Grant, 2022).

Segundo Padeiro & Santana, em alguns países, as proporções de pessoas com 65 anos ou mais são mais elevadas nas zonas rurais do que nas zonas urbanas. *“O aumento das taxas de urbanização antecipa um aumento no número de pessoas idosas nas zonas urbanas onde estão instaladas há vários anos ou décadas”.* Tal já é verificado na proporção de moradores urbanos no total: das pessoas com 65 anos ou mais, globalmente, 58,8% delas viviam em ambientes urbanos em 2015, contra 48,3% em 1990. A proporção é ainda maior nos países mais desenvolvidos, definidos pela UNDESA. As regiões, onde 75% das pessoas com 65 anos ou mais vivem em áreas urbanas, em comparação com 50% nas regiões menos desenvolvidas (Padeiro, Santana, & Grant, 2022).

O crescimento populacional é causado em parte pela diminuição dos níveis de mortalidade, como refletido no aumento dos níveis de esperança de vida à nascença. Globalmente, a esperança de vida atingiu 72,8 anos em 2019, um aumento de quase 9 anos desde 1990.

Prevê-se que novas reduções na mortalidade resultem numa longevidade média de cerca de 77,2 anos a nível mundial em 2050. Cada vez mais países começaram a experimentar declínio populacional e, prevê-se que as populações de 61 países diminuam 1 por cento ou mais entre 2022 e 2050, devido aos baixos níveis sustentados de fertilidade e, em alguns casos, às elevadas taxas de emigração. A fertilidade total caiu acentuadamente nas últimas décadas em muitos países.

Todos os países, em especial os menos desenvolvidos, apresentam nas últimas décadas um gradual enfraquecimento nas suas taxas de mortalidade. O aumento da longevidade, que podemos observar quer nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, auxiliada pela queda acentuada da fecundidade e da mortalidade, originou uma clara transformação na constituição etária dos indivíduos, originando um aumento significativo do número de sujeitos com idade superior a 60 anos, tal como um aumento no número de pessoas com mais de 80 anos (Serafim, 2007).

Estas mudanças na tendência e transição demográfica mundial são dramáticas e as implicações são profundas. Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 podia esperar viver 20 ou mais que anos uma criança nascida há 50 anos. Na República Islâmica do Irão, apenas 1 em cada 10 pessoas da população possuem mais de 60 anos em 2015. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado cerca de 1 a cada 3. E o ritmo de envelhecimento da população será muito mais rápido que no passado (WHO, Relatório de envelhecimento de envelhecimento e saúde, 2015).

O envelhecimento populacional ocorre em função da queda da taxa de natalidade e do aumento da longevidade e, neste sentido, representa uma conquista da humanidade. Em 2100, a esperança de vida ao nascer deve chegar a 82 anos no mundo, a 88 anos no Brasil e a 94 anos no Japão. As pessoas terão uma vida mais longa e terão mais tempo para realizar os seus sonhos e contribuir com a sociedade. O grande desafio das próximas 8 décadas é transformar este “*tsunami* grisalho” chamado por alguns, numa perspetiva de envelhecimento saudável e ativo, para que todas as gerações possam prosperar e ter uma vida melhor e com maior bem-estar humano e ambiental.

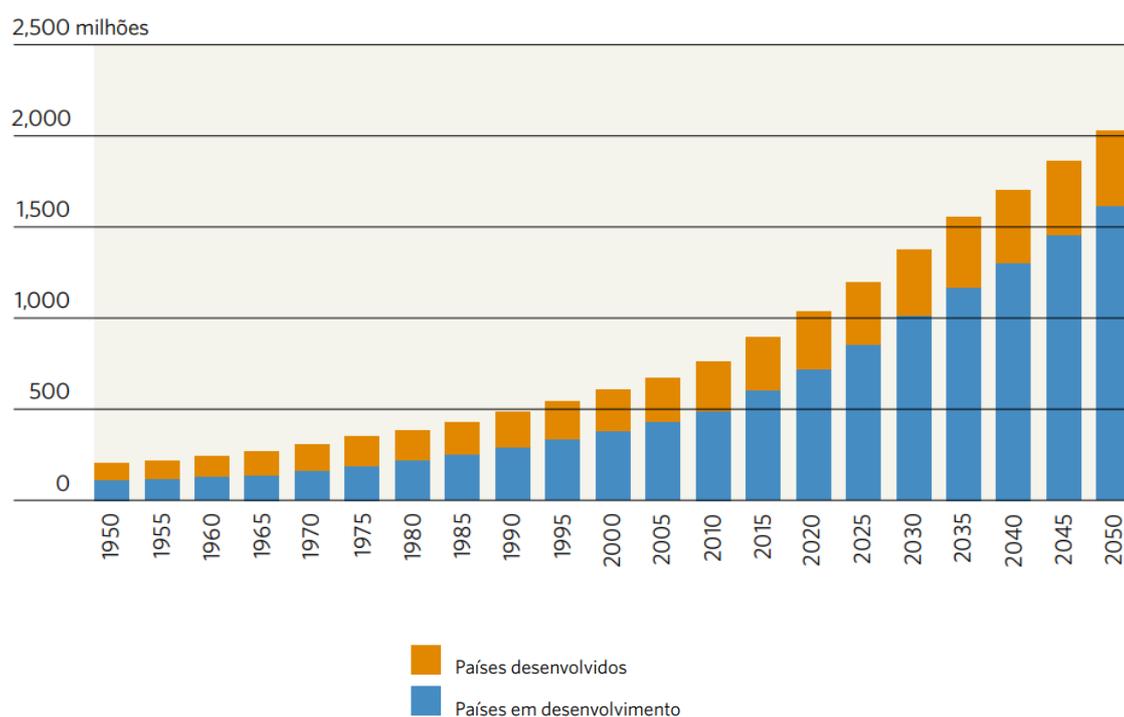


Figura 2: Número de pessoas com 60 ou mais anos no Mundo: em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, (previsões 1950-2050); **Fonte:** DESA: *Envelhecimento da População Mundial 2011*

Na década de 50, a maioria dos idosos residia em países do Terceiro Mundo, facto que não é defendido por muitos que continuam a associar a velhice aos países mais desenvolvidos da Europa ou da América do Norte. Na verdade, já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países do Terceiro Mundo (United Nations, 1985) (figura 2).

Segundo Kalachel e Alexandre, baseado em Adestein (1977), na Europa, por exemplo, o aumento na esperança de vida ao nascimento já havia sido substancial à época em que ocorreram importantes conquistas do conhecimento médico, em meados destes séculos. Este fato pode ser ilustrado pelo clássico exemplo da redução da mortalidade por tuberculose. Na Inglaterra, em 1855, 13 de cada 100 mortes eram atribuídas a tuberculose (Aldestein, 1977). Nos Estados Unidos, no início deste século, a taxa de mortalidade por essa doença era de 194 mortes para cada 100.000 indivíduos em um ano.

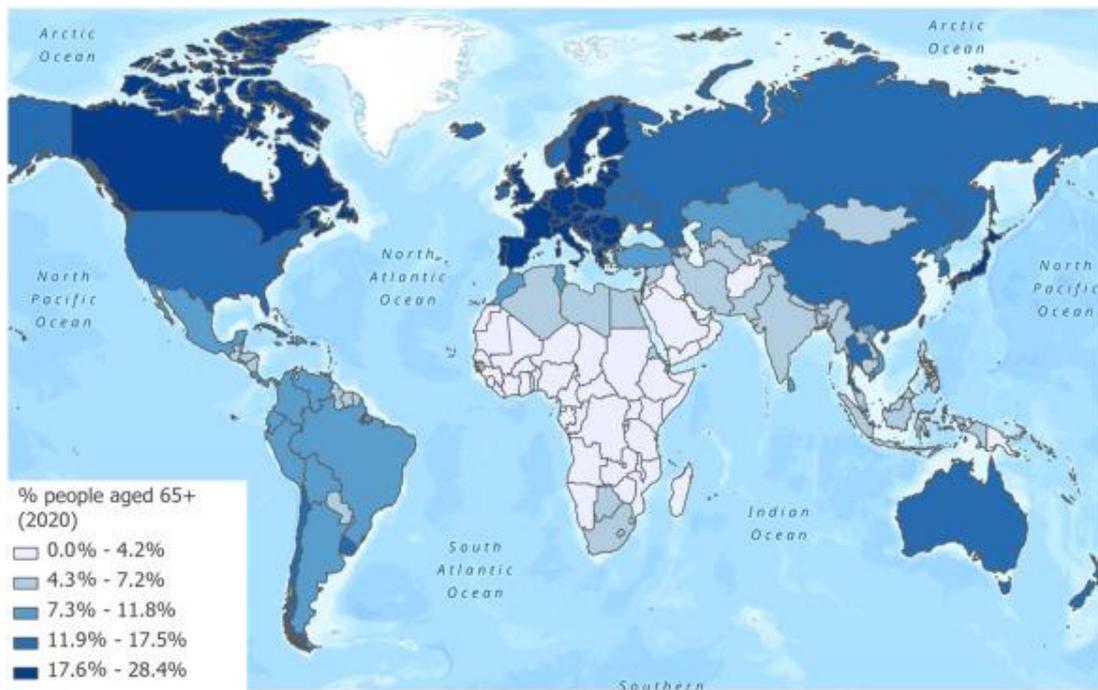


Figura 3: Estimativa de população com 65 ou mais anos em 2020; **Fonte:** (UNDESA. *World population prospects 2019 (dataset)*. United Nations; 2019).

Os significativos ganhos na esperança de vida das populações europeias estão ligados historicamente a uma melhor qualidade de vida experimentada pela maioria da população; conquistas médico-tecnológicas de relevância foram, quase todas, subsequentes ao aumento atual na esperança de vida consequente à redução da mortalidade verificada na maioria dos países subdesenvolvidos .

Em grande parte, o aumento atual do número de pessoas idosas em países menos desenvolvidos é decorrente do alto número de nascimentos durante as primeiras décadas deste século, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidades. Da mesma forma, o envelhecimento da população de países europeus das últimas décadas se deve a taxas de natalidade relativamente altas no primeiro quarto do século associadas a taxas decrescentes de mortalidades em todos os grupos etários. Em seguida as taxas de natalidade decaíram, fazendo com que a proporção de adultos progressivamente aumentasse.

Segundo as projeções demográficas de Hoover e Siegel elaboradas em 1985, do ano 1980 até o final do século cerca de três quartos do aumento da população idosa iria ocorrer nas regiões menos desenvolvidas, Deste modo, este era o grupo etário que mais cresceria na maioria dos países menos desenvolvidos. Num cenário futuro, segundo Padeiro & Santana (2023), no ano de 2050, quase 200 milhões de pessoas com 65 anos ou mais viverão na África Subsariana, no Norte de África ou na Ásia Ocidental; 900 milhões na Ásia (Ásia Central e Meridional, Ásia Oriental e Sudeste Asiático); e quase 150 milhões na América Latina e no Caribe. Isto totaliza 1,25 mil milhões de pessoas com 65

anos ou mais, em comparação com 200 milhões na Europa e 96 milhões na América do Norte. *“A longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes”* (KalacheI, VerasII, & RamosI, 2001). Simultaneamente, a esperança de vida está a aumentar em todas as partes do mundo (Padeiro, Santana, & Grant, 2022). Enquanto a Europa (78,3 anos), a América do Norte (79,1 anos), a Austrália e a Nova Zelândia (83,0 anos) lideram a esperança de vida à nascença projetada em 2015-20, é expectável que que outras regiões dos ODS vejam a sua esperança de vida à nascença aproximar-se dos 80 anos até 2050. Bem como, o Norte de África e a Ásia Ocidental tiveram uma esperança de vida à nascença em 2015-20 de 73,4 anos, que deverá aumentar para 77,6 anos até 2045-50, o Leste e o Sudeste Asiático deverão aumentar de 76,3 anos para 79,8 anos, e a América Latina e as Caraíbas deverão aumentar de 75,2 anos para 79,7 anos (Padeiro, Santana, & Grant, 2022).

“Também O aumento da longevidade também significa que se prevê que o número e a proporção de pessoas com 80 anos ou mais aumentem substancialmente nas próximas décadas” (Padeiro, Santana, & Grant, 2022).

Em 2010-2015, a esperança de vida ao nascer passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 nos nas regiões em desenvolvimento. Em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 bilhões. Há diferenças bem delineadas entre as regiões. Por exemplo, em 2012, 6% da população africana tinha 60 anos ou mais, comparada com 10% na América Latina e Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceânia, 19% na América do Norte e 22% na Europa. Em 2050, estima-se que 10% da população africana terá 60 anos ou mais, comparada com 24% na Ásia, 24% na Oceânia, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na Europa (WHO, 2022).

Um dos fatores que tem contribuído para a inversão da pirâmide etária – verificando-se o encolhimento da população jovem e expansão do número de idosos – é a redução da taxa de fecundidade em diversos países.

Segundo informações das Nações Unidas, em 2021, a fecundidade média da população mundial era de 2,3 nascimentos por mulher ao longo de uma vida. Em 1950, o número era de 5. Até 2050, a esperança é de que a média global seja reduzida para 2,1 nascimentos por mulher. Os dados da ONU também demonstram que a esperança de vida ao nascer, em 2019, era maior para as mulheres do que para os homens: 73,8 e 68,4, respetivamente.

Em 2022, a esperança média de vida dos indivíduos nascidos em países mais desenvolvidos era de 75 anos para os homens e de 82 anos para as mulheres. África era o continente que tinha a esperança de vida mais reduzida, tanto para homens (61 anos) como para mulheres (64 anos) enquanto a Oceânia tinha a mais elevada para os homens (76 anos) e a Europa tinha a mais elevada para as mulheres (81 anos) (Statista, 2022). A esperança média de vida à nascença na União Europeia (UE)

era de 80,1 anos, segundo o Eurostat, no ano de 2021. Portugal continua acima da média da UE, com 81,5 anos de vida esperados à nascença.

Assim e como já referido anteriormente, Portugal apresenta atualmente uma das populações mais envelhecidas no contexto da União Europeia. Em 1960 apresentava um índice de envelhecimento de 27 idosos por cada 100 jovens, (um dos mais baixos da União Europeia) em 2020 apresenta sensivelmente 167 idosos por cada 100 jovens. Sendo o segundo país mais envelhecido da União Europeia (Pordata, 2019).

Podemos considerar Itália (em 2019) como o país mais envelhecido da União Europeia, com 13,1% de população jovem e a Irlanda como o menos envelhecido com uma percentagem de 20,4% de população jovem, de acordo com a figura 4. Em relação ao envelhecimento no topo os países mais envelhecidos, para além de Itália que conta com 23% de população com 65 ou mais anos, temos a Grécia e a Finlândia com 22,1%, Portugal 22% e a Alemanha com 21,7%. Em 1950, na Europa, a percentagem de população com 65 ou mais anos era de 9,4%, em 1980 era de 13,3% e em 1990 contava com uma percentagem, de 14,3% (Serafim, 2007). Em 2019, os 27 estados membros da União Europeia tinham 20,4% da sua população com 65 ou mais anos, os números não enganam, ao longo dos anos a percentagem de população com 65 ou mais anos tem vindo a ganhar cada vez mais peso na EU. Portugal trata-se de um caso peculiar entre as nações europeias, pois o processo de envelhecimento manifestou-se mais tarde, mas com maior rapidez.

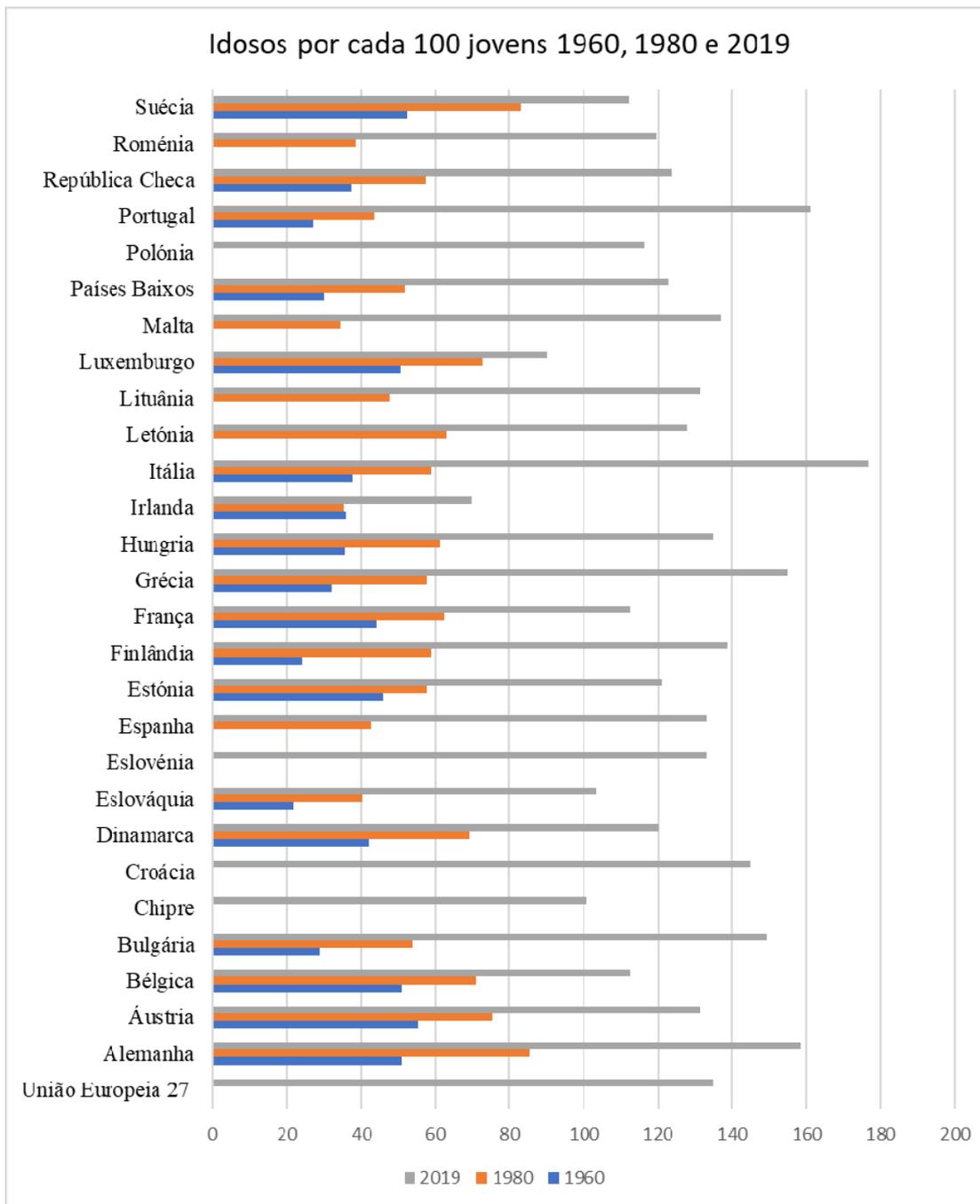


Figura 4: Índice de envelhecimento na União Europeia em 1960, 1980 e 2019 (UE-27) **Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do Pordata.

2.1.2 O envelhecimento em Portugal

2.1.2.1 Caracterização do envelhecimento em Portugal

A celebração versus o Desafio...

“O envelhecimento populacional apresenta desafios para os governos e para a sociedade, mas não precisa ser visto como crise. Pode e deve ser planeado para transformar os desafios em oportunidades” (Fundo de populações das Nações Unidas, 2012).

Na maioria dos países europeus, as últimas décadas foram marcadas pelo decréscimo da mortalidade e aumento da esperança de vida, com consequente aumento da população idosa. Portugal não é exceção. Grandes conquistas ocorreram na saúde e longevidade dos Portugueses ao longo do último século.

Portugal é assim, um dos países mais envelhecidos do mundo, sendo inclusive um caso peculiar, pois apesar de todos os países da União Europeia (UE-27) estarem a envelhecer (como comprovamos ao longo desta investigação), a população portuguesa envelheceu a um ritmo muito mais intenso.

Em 1960 Portugal apresentava uma das estruturas populacionais mais jovens da União Europeia, no espaço temporal de seis décadas passou a ser um dos estados-membros mais envelhecidos. Foi no ano de 1960 foi último ano com mais nascimentos em Portugal, cerca de 200 mil. Atualmente o número de nascimentos por ano ronda os 80 mil, 3 vezes menos (Almeida, 2023).

Portugal mudou profundamente, sobretudo a partir dos anos 70 do século XX. Múltiplos fatores contribuíram para a (re)configuração da sociedade portuguesa, que sofre um processo de aproximação rápida aos níveis de modernização social e condições de vida existentes noutros países europeus. Essas melhorias consistiram no aumento dos níveis médios de bem-estar e geraram alterações de caráter demográfico, a mais evidente das quais traduziu-se no rápido envelhecimento das estruturas etárias, causado pela redução dos níveis da mortalidade, e o aumento do total médio de anos de vida e a diminuição progressiva dos níveis de fecundidade e do número de crianças (Rodrigues, 2018).

Em teoria, as populações crescem em função do equilíbrio dinâmico que se estabelece entre o saldo natural (ou seja, a diferença entre o total de nascimento e de óbitos) e o saldo migratório (a diferença entre o total de imigrantes e de emigrantes). O que se passa em Portugal é que desde 2010 ambos os saldos são negativos. Vivemos uma recessão populacional só igualável à observada nos anos 60 do

século XX, então explicada pela forte emigração para a Europa. Hoje a questão é mais complexa. Entre 2010 e 2016 perdemos quase 264 mil residentes (Rodrigues, 2018).

A par da evolução negativa do saldo natural (nascimentos-óbitos) e do saldo migratório (imigrantes-emigrantes), o processo de envelhecimento demográfico da população na base (redução do total de jovens) e no topo (aumento total de idosos) tem-se agravado, fazendo de Portugal hoje um dos países mais envelhecidos do Mundo (2019, Eurominotor), Pelo que, Portugal tem facilitado a sua política de imigração num esforço para reverter a tendência de despovoamento, contudo é esperado um forte aumento da população acima dos 65 anos até 2030 (Pordata, 2020).

A partir da figura 5, verificamos que o peso da população idosa sobre a população residente em Portugal nos anos considerados foi aumentando de forma substancial. Em 2022, cerca de 23,8% da população residente em Portugal eram idosos (Pordata). No futuro próximo não é expectável que essa tendência se altere, tanto ao nível de Portugal como também no velho continente Europeu.

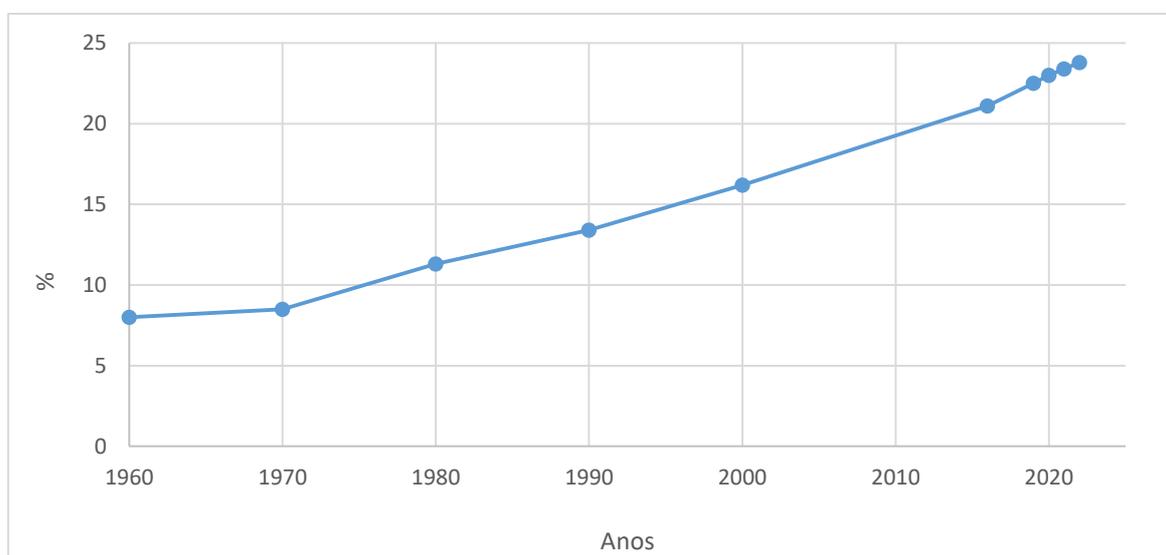


Figura 5: *Evolução temporal do peso de população idosa sobre a população residente em Portugal. Fonte: elaboração própria a partir de dados do Pordata (2022)*

Os indicadores Índice de Envelhecimento³ e Índice de Dependência de Idosos⁴, são tidos em conta para avaliar o nível de envelhecimento num determinado território. Verificamos de forma evidente, segundo a figura - que tem por base o intervalo temporal desde 1960 até 2022 - que o país tem vindo a envelhecer inequivocamente. Em 2019, em Portugal, o Índice de Envelhecimento ditava a

³ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Pordata).

⁴ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Pordata).

existência de 153 idosos por cada 100 jovens. Já em 2022, o índice de envelhecimento era de 184 idosos por 100 jovens. As projeções do INE apontam que este mesmo índice aumente drasticamente nas próximas décadas: 215 idosos em 2030, 297 idosos em 2050 e 300 idosos em 2080.

Assim como, em 2022 existiam em média cerca de 37 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, em Portugal, tal como nos é demonstrado no Índice de Dependência de Idosos (figura 6).

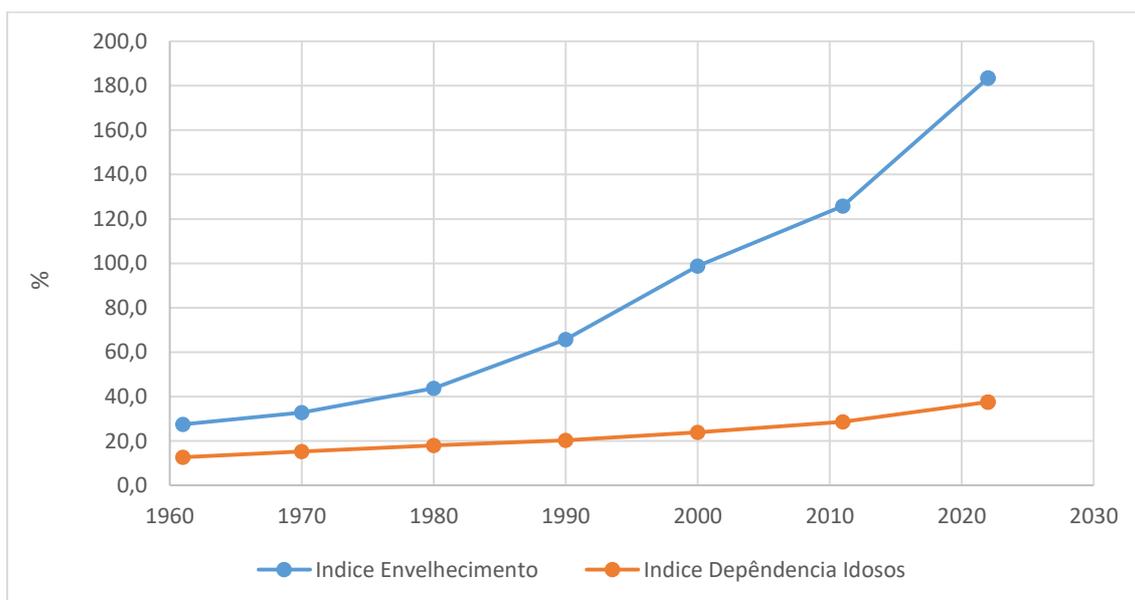


Figura 6: Evolução temporal do índice de envelhecimento e do índice de dependência de idosos 1960 – 2022;

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do INE.

Foi no ano de 2000 que a percentagem da população jovem se cruzou com a percentagem da população idosa em Portugal. O mesmo é dizer que, a partir deste momento, passou a haver mais idosos do que jovens em Portugal e desde então a tendência e a amplitude entre jovens e idosos têm vindo a aumentar exponencialmente (Figura 7).

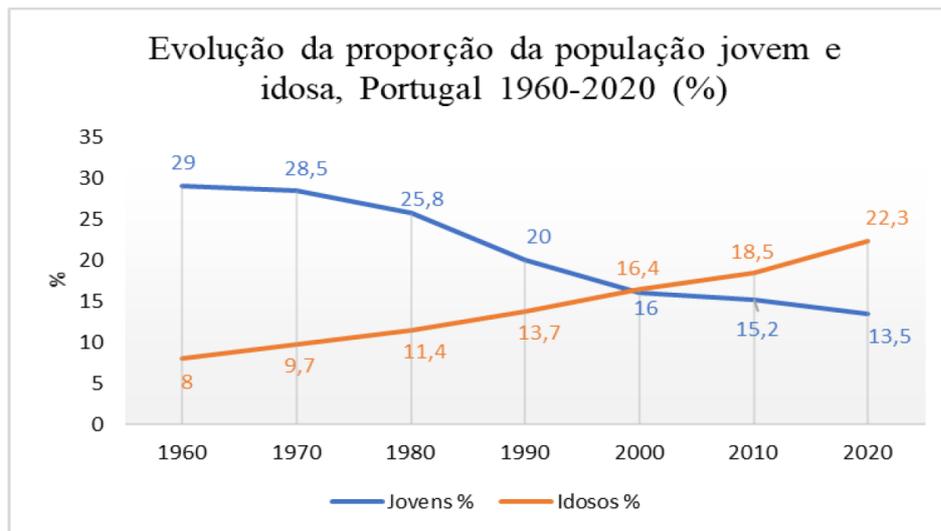


Figura 7: Evolução da proporção de população jovem e idosa em Portugal 1960-2020; **Fonte:** Elaboração própria com dados do Pordata..

Cada português vive hoje em média mais 14 anos que viveria caso tivesse nascido em 1970, ou seja, o equivalente a duas vidas dos seus avós. Somos o oitavo país do mundo com maior esperança média de vida a nascença e um dos que apresenta menor mortalidade infantil. O que é tanto melhor se nos recordamos que cada mulher tem em média apenas metade dos filhos que tinha há trinta anos, facto que coloca Portugal entre os países com fecundidade mais baixa. Segundo Rodrigues (2018), as crianças portuguesas têm mães mais metade delas nunca terá irmãos.

Ao histograma que representa visualmente a distribuição etária de uma população chama-se pirâmide demográfica, que é suposto ser ampla na base (população jovem) e mais estreita no topo (população idosa) (Pordata). É suposto a pirâmide demográfica ser ampla na base, onde caem os mais jovens, e estreitar rumo ao topo, onde encontramos os mais idosos. Portugal possui o tipo de pirâmide demográfica de um país envelhecido.

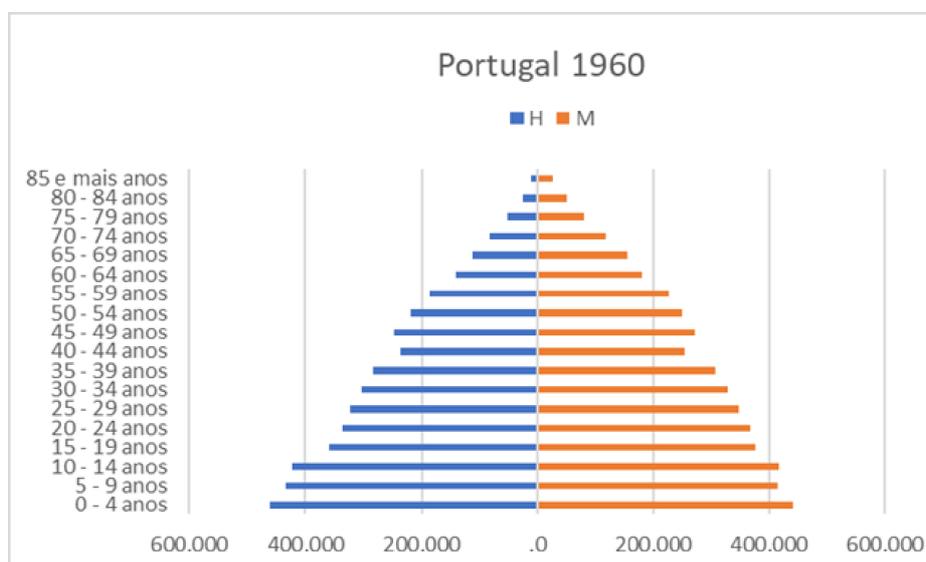


Figura 8: Estrutura Etária Portuguesa em 1960; **Fonte:** Elaboração própria com dados do INE e Pordata.

A análise das pirâmides etárias permite verificar se a população é jovem ou envelhecida, identificar acontecimentos do passado através da análise de classes ocas e fazer projeções futuras importantes para o governo tomar decisões de forma a evitar problemas demográficos e sociais (por exemplo: se temos uma população muito envelhecida sabemos que no futuro terão de existir estruturas como lares de terceira idade e um sistema de saúde que seja capaz de responder às necessidades dos idosos).

Observando a pirâmide etária portuguesa de 1960 (figura 8) observamos uma típica e inequívoca estrutura de população jovem (com uma base larga e um topo estreito), que se reflete numa elevada natalidade e uma esperança média de vida relativamente baixa (64 anos).

Na faixa etária dos 40-44 anos encontramos uma classe oca, (se subtrairmos $1960-40=1920$ e $1960-44=1916$ encontramos o ano em que nasceram estas pessoas) pois entre 1914 e 1918 ocorreu um acontecimento histórico muito relevante, a 1ª Grande Guerra, consequentemente houve uma quebra da natalidade visto que quem combatia eram maioritariamente os efetivos jovens que estavam em idade de casar e ter filhos. Para além da primeira guerra sucedeu-se outro problema: a gripe pneumónica (1918-1920) ou espanhola. Esta pandemia ceifou inúmeras vidas. Se viver uma pandemia atualmente é difícil, imaginem no início do século XX, onde as condições de vida e de saúde não correspondiam nem de perto nem de longe às vividas atualmente. Esta pandemia originou um aumento da mortalidade causando a morte de 50 milhões de pessoas a nível global (estimativas).

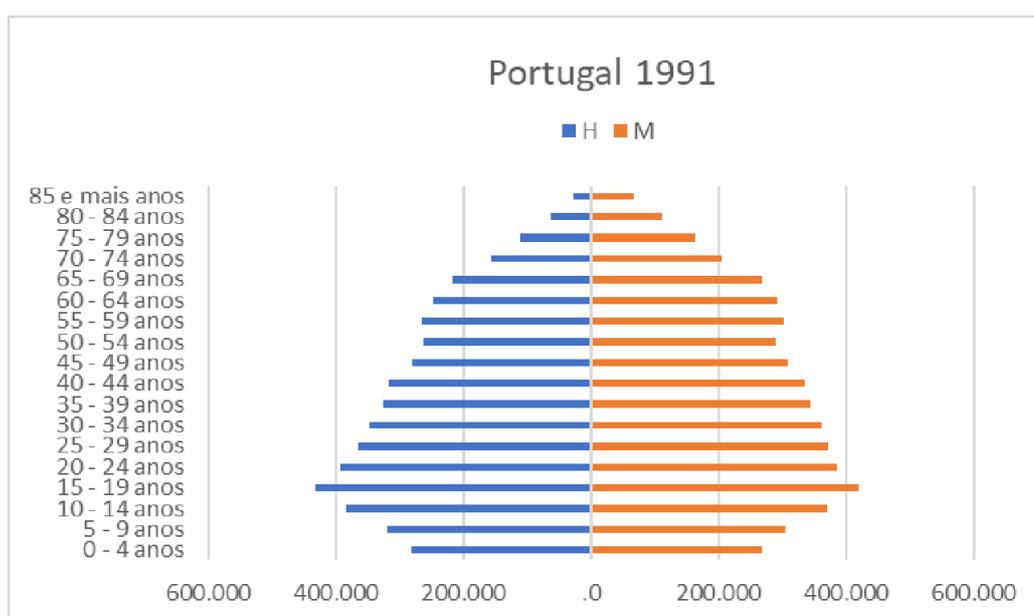


Figura 9: Estrutura Etária Portuguesa em 1991; **Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do INE e Pordata.

Na pirâmide etária de 1991 (figura 9) é possível verificar uma notória descida da natalidade, onde os valores das classes até aos 15 anos são inferiores aos da classe seguinte, no entanto esta pirâmide retrata uma população jovem. O desenvolvimento económico ocorrido em Portugal na década de 80, altura em que integrou a Comunidade Económica Europeia, e se libertou de um regime ditatorial em abril de 74 refletiu-se na estrutura etária. A população portuguesa adquire um comportamento urbano e consolida-se o processo de emancipação da mulher na esfera política, social, cultural e ideológica. Consequentemente a fecundidade baixa, o que acentua o estreitamento da base, desde 1982 que Portugal deixou de conseguir assegurar o índice de substituição de gerações de 2,1 filhos por mulher em idade fértil. A natalidade deixa de ser o principal fator de aumento da população, sendo este agora assegurado pela imigração.

O topo da pirâmide alarga de forma visível, sendo uma consequência da diminuição da mortalidade, no entanto, na minha opinião a principal razão deste aumento é o adiamento desta, com o enorme aumento dos cuidados de saúde as pessoas passam a viver mais tempo e o aumento significativo destes cuidados nesta década contribui para que as pessoas mais velhas mas ainda em idade ativa ou que dela saíram à pouco tempo (60-69 anos), que uma ou duas décadas atrás poderiam estar perto do fim da sua vida, vejam aumentada a sua esperança média de vida, pois a taxa bruta de mortalidade de 1960 a 2020 não apresenta variações significativas (figura 9).

Na realidade atual, Em Portugal, esta pirâmide (figura 10) encontra-se invertida que dita um país envelhecido, “vemos uma expansão nas idades mais velhas no topo e uma contração nas mais novas, na base. A pirâmide etária portuguesa parece uma urna.” Paula Machado, presidente da APD — Associação Portuguesa de Demografia. Um estudo recente da Pordata (define o retrato das gerações com mais de 65 anos) indicou que a inversão da pirâmide demográfica “é um dos maiores desafios do século XXI da generalidade dos países europeus e, também, de Portugal, onde o peso da população idosa duplicou nos últimos 36 anos – hoje 24% da população portuguesa tem 65 anos ou mais” (Almeida, 2023).

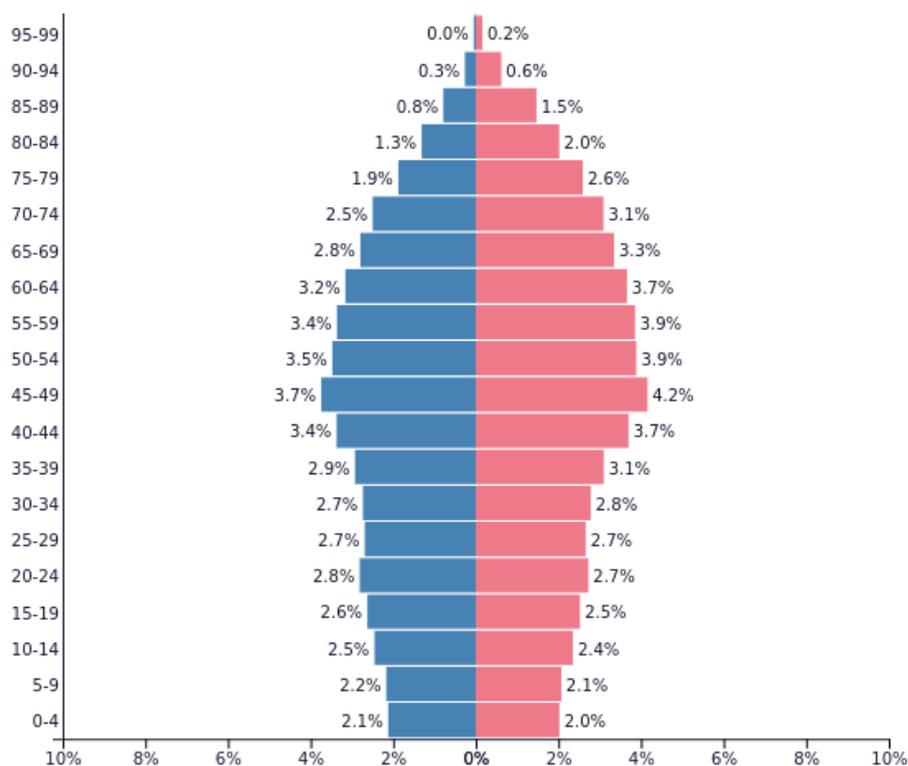


Figura 10: Estrutura Etária Portuguesa em 2022; **Fonte:** Population Pyramid.

A idade média da população é outro indicador importante no que diz respeito ao envelhecimento da população. Em Portugal, em 2022 correspondeu a 46,8 anos (Eurostat), comparativamente à idade média da União Europeia 44,4 anos. Portugal é o segundo país com a idade média mais elevada da União Europeia. Ainda, a esperança média de vida aumentou consideravelmente desde 1960 (64 anos) até 2021 (81 anos). Atualmente, quase 3 mil portugueses têm mais de 100 anos. É, por isso, importante distinguir o envelhecimento demográfico do envelhecimento que decorre da longevidade, sendo que neste segundo indicador, Portugal tem registado ganhos positivos.

Não existem sinais de recuperação passíveis de alterar o envelhecimento da base etária porque os níveis de fecundidade continuam muitos baixos e os valores da descendência média das famílias portuguesas são claramente insuficientes para assegurar a substituição das gerações, para que seria necessário um mínimo de 2,1 filhos por mulher (INE, 2018). Assim, a realidade atual enfrenta os desafios acumulados de uma sociedade pós-transição duplamente envelhecida. Na interface com as questões de morbilidade e saúde, o problema do envelhecimento tornou-se um tema incontornável, interferências diretas na adaptação dos cuidados de saúde a novos tipos de população, com a criação de serviços de apoio aos grupos mais vulneráveis, sobretudo idosos, e coma urgência da reforma dos sistemas de educação, e de segurança social e, de saúde (Rodrigues, 2018).

O processo através do qual a sociedade portuguesa passou de jovem a envelhecida espelha o resultado a inter-relação entre as tendências da mortalidade e da natalidade a que já aludimos, num contexto

mais amplo de grandes mudanças de caráter económico, social e identitário. Estas mudanças foram rápidas e substantivas, refletindo profundas alterações de comportamento, estilos de vida, níveis de bem-estar e subida de rendimentos e do poder de compra das famílias (INE, 2017).

Nas últimas décadas verificou-se uma mudança inédita nas características da população residente. Em meados do século XX, Portugal era um país jovem face à média europeia, onde cerca de 34% dos cidadãos tinham metade de 15 anos. E assim continuou até à segunda metade do século XX. Será a partir dos anos 60 e sobretudo 70 que a proporção dos grupos de idade mais avançada inicia um aumento continuado, que decorre em simultâneo com a redução do número de efetivos mais jovens (Rodrigues, 2018).

Em 1920 a esperança média de vida à nascença em Portugal situava-se perto dos 40 anos, em 1960 atinge os 64 anos, em 1991 os 74 anos e em 2019, 81 anos. De 1920 a 2019 a esperança média de vida à nascença aumentou cerca de 40 anos em Portugal. Cada vez mais pessoas conseguem atingir idades avançadas, este adiamento da morte é resultado de significativos progressos médicos, científicos e sociais, que modificaram a estrutura da mortalidade (Rosa, 2012, p. 31).

O aumento da esperança de vida à nascença é um dos indicadores que contribuiu para o envelhecimento demográfico em Portugal. *“O aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população são razões para comemorarmos, pois refletem e de certa forma medem o sucesso de um país ao nível da saúde e dos avanços da medicina”* (Rodrigues, 2018). Hoje, vive-se até mais tarde e com mais qualidade de vida (Rodrigues, 2018). Existem mais idosos em Portugal, e estes idosos são cada vez mais idosos. Morre-se menos, mas nasce-se ainda menos; a gradual, mas constante, descida dos níveis de fecundidade é o fator-chave para compreender o envelhecimento na base, ou seja, o decréscimo da percentagem de crianças e jovens. *“Para além da diferenciação social, é também conhecida a diferença na esperança de vida entre homens e mulheres, estando a maior longevidade feminina associada a circunstâncias sociais e económicas, comportamentos relacionados com a saúde e estilos de vida, ambiente e biologia”* (Kolip & Lange, 2018; Regidor et al., 2003).

“A esperança de vida é frequentemente relacionada com aspetos coletivos da sociedade, como a redistribuição do rendimento, os sistemas de proteção na doença, a segurança social, a educação, ou seja, aspetos macrosociais que determinam a capacidade de gerar riqueza, a qualidade de vida da população e, conseqüentemente, o aumento de anos de vida” (Paula Santana & Nogueira, 2001). Estes aspetos têm implicações ao nível de fatores individuais como: rendimento, escolaridade, utilização dos serviços de saúde, etc. Acabando por proporcionar variações nas atitudes e comportamentos perante a saúde e a doença, bem como no próprio estado de saúde da população (Burton, 2015). Assim, pode-se afirmar que a esperança de vida varia proporcionalmente à capacidade que os países têm de superar desafios estruturais, como pobreza, rendimento, níveis de educação, entre outros, bem como desafios conjunturais, como desemprego, guerras, epidemias, que podem influenciar as alterações do decurso normal da história da esperança de vida no sentido do

seu aumento. Nas últimas décadas, na maioria dos países europeus verificou-se uma diminuição na taxa de mortalidade e um aumento na expectativa de vida, resultando no envelhecimento da população, e Portugal não é uma exceção. Ao longo do último século, houve notáveis avanços na saúde e longevidade dos portugueses (Santana, Nogueira, & Almendra, 2021).

Desde o início do século XX os portugueses ganharam muitos anos de vida. Este ganho é causado, até aos anos 80, pela descida dos níveis conseguidos em relação a doença e morte da população mais velha (Oliveira, Mendes, 2010). Ou seja, existe uma maior longevidade. No triénio 2020-2022, a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,96 anos, sendo 78,05 anos para os homens e 83,52 anos para as mulheres, representando, relativamente ao triénio anterior, um aumento de 0,01 anos para os homens e uma diminuição de 0,01 anos para as mulheres, em resultado, ainda, do aumento do número de óbitos no contexto da pandemia da doença COVID-19 (INE). No espaço de uma década, verificou-se um aumento de 1,18 anos de vida para o total da população, de 1,38 anos para os homens e de 0,92 anos para as mulheres. Enquanto nas mulheres esse aumento resultou sobretudo da redução na mortalidade em idades iguais ou superiores a 60 anos, nos homens o acréscimo continuou a ser maioritariamente proveniente da redução da mortalidade em idades inferiores a 60 anos. A esperança de vida aos 65 anos⁵, no período 2020-2022, foi estimada em 19,61 anos para o total da população. Aos 65 anos, os homens podiam esperar viver 17,76 anos e as mulheres 20,98 anos. Nos últimos dez anos, a esperança de vida aos 65 anos aumentou 9,7 meses para os homens e 8,5 meses para as mulheres (INE).

Em suma: a população idosa aumentou em dez anos 20,6% e representa hoje 23,4% do total da população residente no País. O número de jovens até aos 15 anos diminuiu 15,3% e são hoje 13 % da população total e a população que se situa entre os 25 e 64 anos, também diminuiu em 5,7%. Chama-se a este tipo de evolução, o duplo envelhecimento de um país, porque ao mesmo tempo que cresce o número de idosos, diminui tudo o resto (Peneda, 2022). Portugal tem 184 idosos por cada 100 jovens, sendo 24% da população português a tem 65 anos ou mais, com o peso da população idosa a duplicar nos últimos 36 anos. A idade média de 46,8 anos – a segunda mais elevada na EU. Com a geração *baby boomer* a chegar à idade de reforma o cenário é cada vez mais de um Portugal envelhecido.

As consequências desta evolução vão fazer-se sentir de forma cada vez mais intensa na economia e nos setores da saúde e da proteção social. Na economia, porque há que ter a consciência de que a contínua tendência do decréscimo da força de trabalho representa uma diminuição do potencial de crescimento económico do País. E a resposta não vai deixar de ser encontrada na imigração. Assim, a evolução que se vem verificando de perda de população em idade ativa aconselha que, de forma muito urgente, venha a ser definida uma política coerente de imigração.

⁵ Esperança de Vida aos 65 anos – N^o médio de anos que uma pessoa que atinja os 65 anos pode ainda esperar ainda viver (Pordata).

Nos setores da saúde e segurança social, a tendência que se vem verificando do grande aumento da população idosa vai ter como consequência o forte aumento a despesa com pensões, saúde e cuidados continuados.

Na estimativa da Comissão Europeia, a percentagem de europeus com 65 anos ou mais está a aumentar a uma taxa sem precedentes, devendo representar mais de 30% da população por volta de 2060 (European Commission, 2015). Em Portugal, a tendência para o envelhecimento populacional é muito acentuada e para além de Portugal ser já, atualmente, um dos países mais envelhecidos do mundo, prevê-se que em 2050 nenhum outro país da União Europeia tenha uma população tão envelhecida. Com efeito, o relatório *Ageing Europe 2019* (Eurostat, 2019) estima que o envelhecimento da população seja mais rápido mais em Portugal do que noutros países da União Europeia, levando a que, daqui a três décadas, 47,1% da população tenha uma idade superior a 55 anos (quase um em cada dois cidadãos). De acordo com as Projeções de População Residente 2018-2080 do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de idosos acima dos 65 anos "passará de 2,2 para 3,0 milhões" em pouco mais de 60 anos.

O envelhecimento da população portuguesa é uma evidência mas não está suficientemente acautelado. As políticas são importantes mas mais importante que tudo é a intervenção cívica de cada um de nós. A preocupação conjunta com um assunto que é de todos e também merece uma atenção redobrada por parte do sistema nacional de saúde (Rodrigues, 2018). Em 2030 Portugal poderá ser assim o terceiro país mais envelhecido do mundo, atrás do Japão e Itália, segundo as previsões (Almeida, 2023). A população portuguesa terá nessa altura idade média de 50,2 anos. A idade média da população nacional, em 2015, era de 44 anos.

2.1.2.2 Causas do envelhecimento

Tem sido observável o decorrer de um processo de envelhecimento da população a um ritmo acelerado. Isto manifesta-se não só pelo aumento da proporção de pessoas idosas (topo da pirâmide demográfica), mas também pela diminuição da proporção de pessoas mais jovens (base da pirâmide demográfica). Esta é uma tendência mais proeminente nos países desenvolvidos, mas, com o decorrer do tempo, é esperado que se torne um fenómeno mundial. Este envelhecimento demográfico tem diferentes causas (Rodrigues, 2018), sendo a diminuição dos níveis de natalidade (envelhecimento pela base) e o aumento da longevidade, ou seja, a diminuição dos níveis de mortalidade associada ao aumento da esperança média de vida (envelhecimento pelo topo) as principais. Com a melhoria das condições de vida da população, desenvolvimento económico e o aumento da urbanização, a tendência direciona-se para a diminuição das taxas de mortalidade, o que não é acompanhado imediatamente pelo aumento das taxas de natalidade. Por sua vez, as migrações internacionais (emigração da população mais jovem) acabam por ter também um papel significativo na promoção do envelhecimento demográfico em Portugal (Almeida, 2023; Bandeira et al., 2014).

1. A diminuição dos níveis de natalidade

A diminuição da população jovem derivada da diminuição da natalidade, que determinou um novo modelo de população fortemente envelhecida. Portugal é atualmente um dos países mais envelhecidos da Europa, mas nem sempre assim foi. Até ao início da transição demográfica, em 1960, a população portuguesa mantinha um perfil predominante com “natalidade moderadamente elevada, recuo lento da mortalidade, crescimento natural moderado, crescimento migratório negativo e configuração jovem das estruturas etárias.” (Bandeira, 2014, p. 22). A partir da década de 60, Portugal, à semelhança de outros países do sul da Europa, começou a apresentar uma diminuição significativa das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, tendo sido um dos países europeus mais tardios. Principalmente a partir de 1982, a população portuguesa deixou de estar em crescimento natural moderado e entrou num processo de acelerado declínio, deixando por isso, de ser uma população jovem com uma configuração triangular e passando a ser uma população envelhecida representada por uma pirâmide invertida (Rosa, 2012).

Em cerca de vinte anos, a procriação das mulheres portuguesas diminuiu para metade, tendo em 2007 descido para 1,3 bebés por mulher, representando um crescimento natural negativo. O declínio da fecundidade em Portugal iniciou-se tardiamente, mas foi muito rápido, tendo resultado inicialmente da adoção de práticas contraceptivas por casais maioritariamente pertencentes às classes médias. A adesão a esses novos valores e práticas foi incentivada pela descoberta e divulgação comercial da pílula contraceptiva, tendo sido um contributo importante à mudança do papel das mulheres na sociedade, tornando-as mais autónomas e mais disponíveis para uma atividade profissional. Progressivamente, a prática da contraceção e a existência de planeamento familiar tornaram-se direitos ao alcance de todos os casais e, particularmente, das mulheres. Esta mudança gerou uma transformação substancial às condições do exercício da maternidade e da paternidade (Bandeira et al., 2014).

Com o decréscimo das taxas de natalidade, vários países europeus têm feito esforços consideráveis por adotar políticas focadas na natalidade, que se focam em estímulos sociais e financeiros para casais que desejam ter um terceiro filho, (*e.g.*, pagamento de bolsas, pagamentos dos estudos e oferta de oportunidades de trabalho, etc.). No entanto, até ao momento, ainda não foram sentidos efeitos diretos no contexto demográfico de tais medidas (Rosa, 2012).

2. A relação entre o recuo da mortalidade e envelhecimento

Nas últimas décadas, temos testemunhado uma notável melhoria no estado de saúde da população em grande parte devido às condições de vida aprimoradas e ao rápido progresso e inovação na medicina. Em Portugal, vários indicadores refletem esse avanço, como a esperança média de vida (atualmente de 80,9 anos), que aumentou em mais de cinco anos entre 2000 e 2019. Além disso, as taxas de mortalidade infantil e materna estão agora entre as mais baixas do mundo, de acordo com

dados da Pordata. Essa evolução positiva demonstra os benefícios das melhorias no acesso à saúde, programas de prevenção, avanços nos cuidados médicos e uma maior conscientização sobre a importância do bem-estar. No entanto, é importante continuar a investir em políticas de saúde pública, pesquisa médica e educação em saúde para manter e fortalecer essas conquistas e garantir um futuro saudável para a população (Bandeira et al., 2014).

A alteração dos níveis de envelhecimento, impulsionada por um processo rápido de inversão da mortalidade a partir das décadas de 70 e 80, serviu como base para a alteração do paradigma demográfico. A taxa de mortalidade infantil, por sua vez, é utilizada por muitos especialistas para demonstrar o nível de desenvolvimento social e de condições de saúde de um país. Em 1960 morriam em Portugal 77,5 crianças com menos de um ano por cada 1000 que nasciam, em 2020 morriam 2,4 crianças. Atualmente Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil do mundo. O decréscimo da taxa de mortalidade infantil combinado com a intensificação dos progressos sanitários que tendem a beneficiar sobretudo a população dos adultos e dos idosos, contribuíram para o agravamento do envelhecimento demográfico, potenciando também, o estreitamento da base e o alargar do topo da pirâmide, respetivamente (Bandeira et al., 2014).

3. As migrações internacionais

Perante a falta de condições económicas (pobreza, falta de emprego) instalada em Portugal, a emigração constituiu a única saída para a garantia de um futuro melhor. Se anteriormente a emigração se dava maioritariamente para o continente americano, durante a década de 1950, abriu-se um novo ciclo com uma emigração com destino à Europa industrializada, mais atrativa pela proximidade e pela estabilidade caracterizada pelo fim da condição de camponeses dependentes de trabalhos incertos e mal remunerados e início da nova condição de trabalhadores com salário certo e regalias sociais. Este fenómeno contribuiu para o surgimento de um vazio territorial que se foi amplificando até à desertificação humana e de envelhecimento demográfico. Ao mesmo tempo, a autonomia económica conquistada no estrangeiro e o confronto com sociedades modernas e avançadas, permitiu a descoberta de novos códigos sociais e novos direitos associados, nomeadamente, o planeamento familiar (contraceção) (Bandeira et al., 2014).

2.1.2.3 A nova geografia do envelhecimento em Portugal

Como já compreendemos ao longo desta investigação, o envelhecimento demográfico não constitui uma novidade, *“mas antes o acentuar de um processo que já se encontrava em andamento na década de 1990”* (Nazareth, 1996).

No que concerne à geografia e componente mais espacial do envelhecimento, Portugal sofreu alterações e modificações na distribuição geográfica do seu envelhecimento nas últimas décadas.

Podemos referir, desde já, o seu perfil mais urbano. Ou seja, ao contrário do que se poderia pensar, o envelhecimento da população ocorre cada vez mais em meios urbanos (Padeiro, 2021).

Até a um período recente, era frequente associar o envelhecimento demográfico à dicotomia entre um litoral dinâmico e urbanizado, e um interior marcado pelo despovoamento e pela ausência de perspectivas económicas. Sendo as áreas urbanas, especialmente as metropolitanas, normalmente mais atrativas para o emprego e para os jovens ativos, eram consideradas como territórios marcadamente jovens (Padeiro, 2021). É verdade que ainda existe hoje uma diferença entre os concelhos mais próximos do litoral e aqueles situados em áreas fronteiriças. Dos 10 concelhos com maior proporção de pessoas idosas (65+) por cada 100 pessoas em idade ativa (índice de dependência de idosos)⁶, verificamos que se localizam em áreas do interior do país e na fronteira com Espanha (figura 11). Alcoutim, Oleiros, Vila Velha de Ródão, Sabugal, Melgaço e Almeida ultrapassam os 97%. Se pensarmos sobre as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, podemos verificar que é também em territórios do interior do país onde se destaca mais a sua presença (INE, 2021). Na mesma figura 11, se olharmos para o *layout* cartográfico à direita, são apresentadas as quatro áreas de estudo desta investigação, pelo que se verifica que Coimbra é área de estudo com maior percentagem de pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa em comparação com as restantes três áreas consideradas.

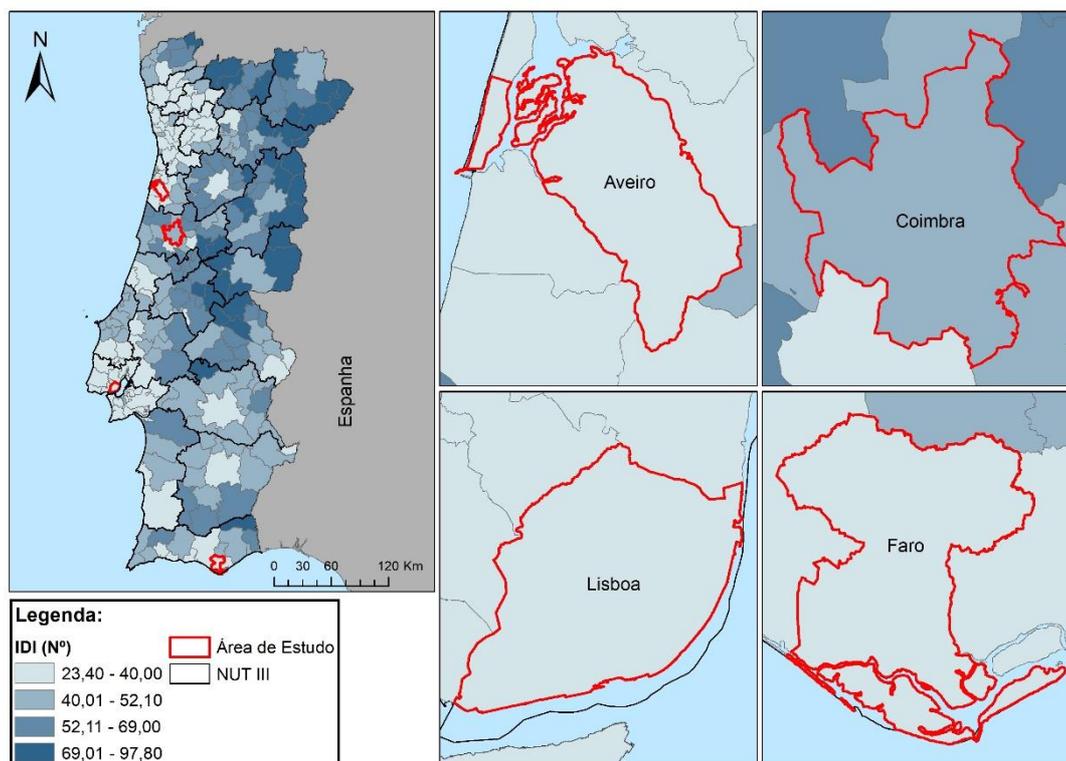


Figura 11: Índice de Dependência de Idosos por Municípios Portugueses (2022); **Fonte:** Elaboração própria com dados disponíveis em Pordata.

⁶ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos

Contudo, um olhar atento aos mapas mostra que o envelhecimento não opõe de forma absolutamente linear os concelhos do litoral e os do interior. Em 2022, Barrancos (37,6%), Beja (37,4%), Évora (37,9%), Viseu (38,3%), Vila Real (38,7%), Guarda (40,7%), Bragança (24,5%), Nelas (26,3%), Covilhã (27,0%) ou ainda Beja (22,4%) apresentam uma proporção de idosos inferior à proporção que se verifica em Coimbra (41,3%) e no Porto (41,8%). A oposição entre um litoral jovem e um interior velho deve ser rediscutida. O envelhecimento distribui-se em função do grau de urbanização da população, mas de uma forma não linear (INE, 2021).

Assim, centros urbanos como Coimbra (41,3%), Porto (41,8%) ou Lisboa (37,4%), apresentam uma maior proporção de pessoas idosas do que as suas áreas suburbanas respetivas. Deixando de lado os concelhos localizados nos Açores e na Madeira, que são os que apresentam as menores proporções de pessoas idosas do país, os municípios da Lousada (22,9%), Paços de Ferreira (24,1%), Vizela (23,3%), Paredes (14,3%), Felgueiras (27,5%), Penafiel (27,0%), Braga (28,2%), Marco de Canaveses (27,5%), Mafra (27,5%), Sintra (27,5%) e Alcochete (30,4%) são no ano de 2022 os concelhos de Portugal Continental com proporções mais baixas de pessoas idosas. É de destacar que, à volta das duas áreas metropolitanas – e de forma mais evidente no Porto do que em Lisboa, a distribuição convergente dos valores. À volta de Coimbra nota-se um efeito semelhante: Coimbra (41,3%) está rodeada por concelhos um pouco mais jovens: Condeixa-a-Nova (36,3%), Lousã (36,6%). A proximidade em relação aos centros urbanos é o primeiro fator de diferenciação, que as dinâmicas imobiliárias e a expansão urbana permitem explicar. O resto do país divide-se entre os concelhos urbanos com alguma importância e os territórios de baixa densidade (INE, 2021).

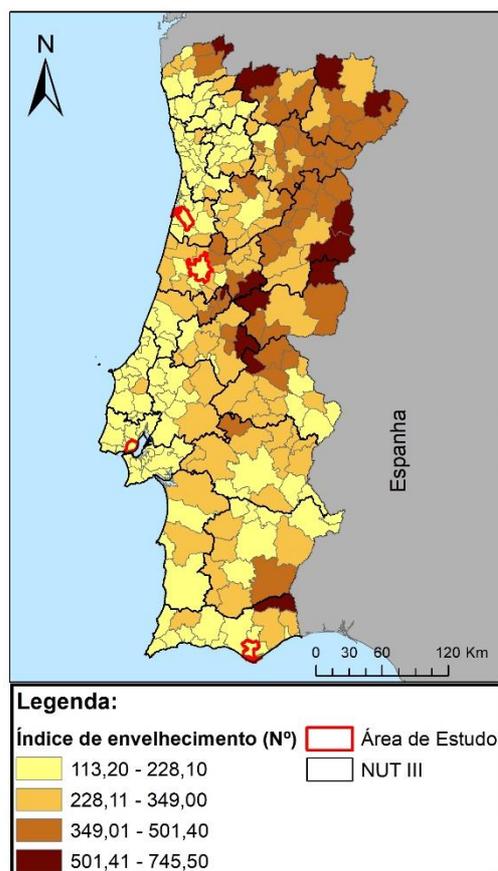


Figura 12: Índice de Envelhecimento por Municípios Portugueses (2022); **Fonte:** Elaboração própria com dados disponíveis em Pordata.

O envelhecimento demográfico português afeta de forma geral todas as regiões do país, mas, apesar de cada vez menos desigual, e, aparentemente numa primeira leitura da figura 12, continuar a sobressair a “tradicional” mancha destacada no interior, à imagem de figuras anteriores, (onde parece encontramos um maior agravamento do envelhecimento da população, por via da emigração ou mobilidade interna da população em idade ativa para os municípios litorais), torna-se necessário ter particular em atenção novamente a existência de algumas nuances. Se voltarmos a olhar uma vez mais atentamente para a figura 12, reparamos que algumas zonas do litoral centro e norte apresentam um índice de envelhecimento idêntico aos valores das zonas do interior, mas, não só. Se analisarmos com algum plano de pormenor os valores referentes a cada município, comprávamos novamente que estamos perante um crescente envelhecimento nas áreas urbanas. Por exemplo, Lisboa ainda que possua uma proporção de 174 idosos por cada 100 jovens (inferior à media nacional = 183,5), apresenta traços de envelhecimento superior a densidades tradicionalmente envelhecidas do interior do país: o caso de Beja que contabiliza 162 idosos por cada 100 jovens) no ano de 2022 (INE, 2021) e assume-se como a capital da União Europeia com maior número absoluto de idosos – cerca de 127 mil.

No caso de outro meio urbano de grande dimensão, no norte de Portugal, a cidade do Porto possui um Índice de Envelhecimento superior à média nacional (220 idosos por cada 100 jovens). Apresenta assim um IE superior ao registado em cidades como Viseu (183%), Beja (162%), Vidigueira (203%), Évora (178%), Cuba (194%) Viana do Alentejo (177%) ou Lousã (174%). Ou seja, o mesmo é afirmar que em 2022 a cidade do Porto era mais envelhecida que Viseu, Évora, Vidigueira, Lousã, Cuba, ou Beja, o que remete à discussão - uma vez mais - a ideia do envelhecimento acontecer nos territórios do interior do país. Denotou-se novamente que os concelhos pertencentes às áreas suburbanas das grandes cidades revelaram-se novamente como mais jovens: Sintra (122%), Loures (148%), Vila Franca de Xira (124%), ou no caso da cidade do Porto (220,4%): Vila Nova de Gaia (171%), Paredes (123%) Penafiel (138%), Marco de Canaveses (149%), o que confirma, uma mais uma vez uma menor proporção de pessoas idosas do que na principal área urbana respetiva. Uma vez mais, estes territórios referidos pertencem ao lote (com exceção das regiões insulares) dos municípios mais jovens do país, o que confirma a tendência de rápido envelhecimento nestas nas periferias metropolitanas, consideravelmente mais jovens como atrás se referiu. Ainda dizer que, para além das considerações realizadas acima acerca da espacialização e das nuances do Índice de Envelhecimento, este tem especial destaque nos municípios das regiões do interior Norte, no interior Centro e predomina em algumas áreas do Alto Alentejo (INE, 2021).

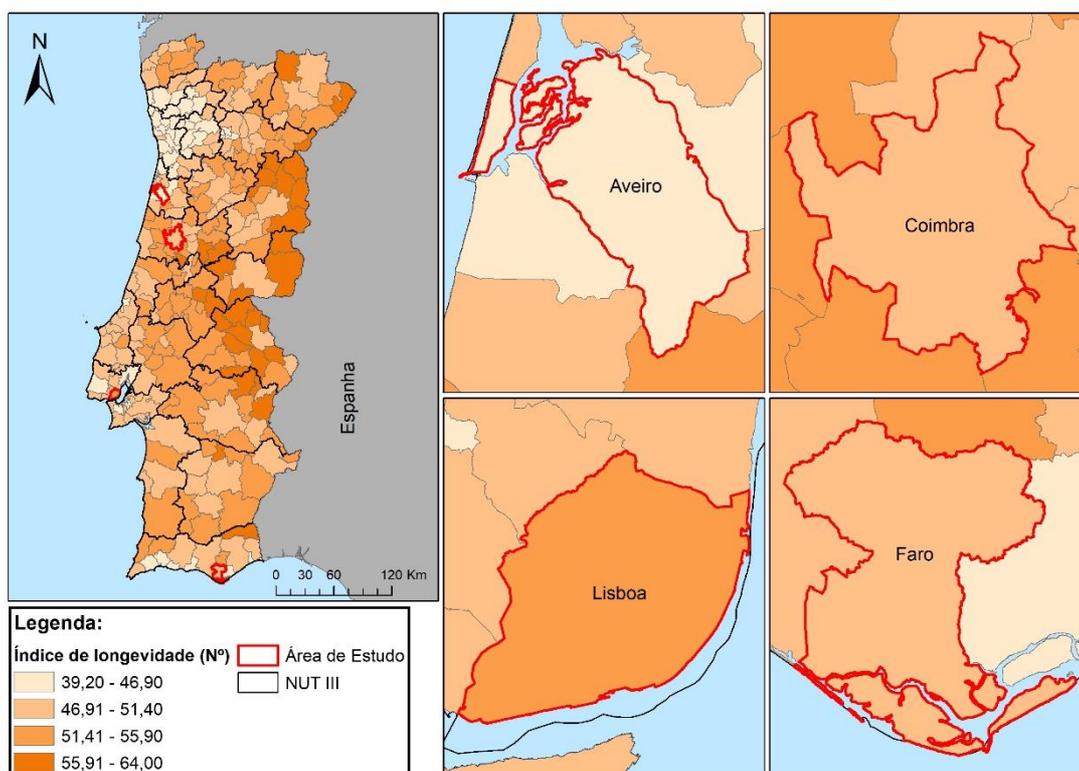


Figura 13: *Índice de Longevidade por Municípios Portugueses (2022); Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis em Pordata.*

Os chamados grandes idosos, pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, representam agora cerca de 1/3 da população idosa. Estes dados significam que, desde 1970, a população com idade igual ou superior a 80 anos quadruplicou, correspondendo a um acréscimo de mais de 500 mil pessoas e tratando-se do maior aumento nas faixas etárias em causa (Padeiro, 2021).

Em Portugal vive-se mais anos, e vive-se também até mais tarde. O efeito da longevidade está igualmente patente nos grandes meios urbanos como verificamos na figura 13, que demonstra a cartografia acerca do Índice de Longevidade - neste caso, (onde há mais e menos pessoas com 75 e mais anos por 100 idosos). Nas cidades de Lisboa (54%), Coimbra (49%) ou Faro (48%) verificamos que a população apresenta alguma longevidade. Para além de constatarmos que é no interior Norte e Centro como também nalguns municípios do Alentejo que encontramos o maior número de população com 75 e mais anos por 100 idosos (INE, 2021).

O aumento da longevidade significa por um lado, que o chamado processo incapacitante tende a ser adiado, mantendo-se até mais tarde as capacidades cognitivas, sociais, físicas dos idosos. O surgimento de uma terceira fase da vida, que está positivamente ligada a uma maior liberdade e disponibilidade de tempo, valorizada pelo fortalecimento (ou até mesmo aumento) das conexões sociais e atividades, e marcada por uma significativa diversidade de estilos de vida (Phillipson, 2013), contrapõe a conceção geralmente aceite de uma transição para a reforma associada à dependência. *“Por outro lado, o aumento da população nas faixas etárias mais avançadas, acima de 80, 85 e 95 anos, irá no futuro traduzir-se por uma maior prevalência de doenças degenerativas e de fragilidades físicas, gerando maiores necessidades de suporte social e de cuidados médicos, maiores desafios para os territórios em termos de serviços de apoio e de proximidade. Em primeira instância, importa ter noção da geografia dinâmica do envelhecimento”* (Padeiro, 2021).

Como vimos mais atrás, em 1960 os jovens representavam 29% da população, em 2020 representam 13,5%. Relativamente à população com 65 e mais anos, em 1960 representavam 8% da população, em 2020 representam 22,3%. Atualmente, o grupo etário de 65 e mais anos contém mais pessoas do que o grupo dos jovens esta situação acontece pela primeira vez, no ano de 2001. Verifica-se também um aumento da «quarta idade», ou seja, da população com 80 e mais anos. Entre 1960 e a atualidade o número de pessoas com 80 e mais anos sextuplicou, em 2020 haviam 681 590 habitantes com 80 e mais anos (INE, 2021).

Ao calcular o índice de sustentabilidade potencial (representa o número de pessoas que existem entre os 15-64 anos por idoso), verificamos que atualmente existem 2,9 pessoas em idade ativa por pessoa em idade idosa, em 1960 a relação era bem diferente, existiam 7,8 pessoas em idade ativa por idoso. Relativamente ao número de pessoas em idade ativa por cada jovem, em 1960 existiam 2,1 pessoas

em idade ativa por jovem, em 2020 existiam 4,8. *“Ou seja, a relação de «dependência estatística» entre as idades ativas e não ativas evoluiu no sentido de reduzir o peso estatístico dos jovens e de aumentar o peso estatístico das pessoas idosas”* (Rosa, 2012, p. 28).

Assim, a tendência mais recente mostra novas configurações e identifica três categorias de regiões: As zonas de baixa densidade populacional, que possuem uma dinâmica demográfica reduzida, esgotaram ou estão prestes a esgotar o processo de envelhecimento. A população idosa está a diminuir, por efeito de mortalidade sem substituição, causada por saldos migratórios muito baixos (negativos ou apenas ligeiramente acima de zero) e pela constante diminuição das taxas de natalidade. As periferias metropolitanas, consideravelmente mais jovens como atrás se referiu, estão em rápido envelhecimento. Os concelhos com envelhecimento mais pronunciado do país situam-se todos nas áreas ou nas margens metropolitanas de Lisboa e do Porto. O terceiro grupo abrange as áreas centrais. As áreas centrais de Lisboa e do Porto continuam a envelhecer, embora de forma menos intensa. As restantes áreas centrais também envelhecem a um ritmo muito variável. Em resumo, assiste-se a uma urbanização crescente da população idosa. Ao contrário do que se poderia pensar inicialmente, a localização dos idosos já não é predominante nos meios rurais. Muitos optam por escolher a cidade e a sua periferia para envelhecer (Padeiro, 2021).

Se o envelhecimento não é uma novidade à escala nacional, a sua distribuição geográfica revela contudo, em dinâmica, uma tendência nova – embora previsível – de (sub)urbanização crescente. É possível que uma parte da população que alcance a reforma decida regressar a regiões de origem, habitualmente a territórios de baixa densidade. Contudo, o mais comum será o envelhecimento vir a intensificar-se nas áreas urbanisticamente fragmentadas, dependentes do automóvel e com frequentes défices de urbanidade. Esta evolução levanta desafios científicos e políticos de enorme relevância (Padeiro, 2021).

“É notável a modificação progressiva a geografia da população idosa no território nacional, possivelmente com grandes consequências de médio e longo prazo para as políticas públicas. Além da necessidade de aumentar o conhecimento, com bases científicas sólidas, das vivências das pessoas idosas em ambientes urbanos como os nossos, frequentemente caracterizados por elevadas deficiências de serviços e de acessibilidade, bem como por uma elevada dependência em relação ao automóvel, é importante que as autoridades públicas se dotem de meios à altura dos desafios, sem os quais as condições de vida da população idosa, atual e futura, podem vir a deteriorar-se de maneira significativa” (Padeiro, 2021).

2.2 O envelhecimento como processo individual

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “idoso” como qualquer indivíduo com 60 anos ou mais, embora esse limite possa variar dependendo das políticas públicas de cada país. A OMS reconhece que a idade cronológica não é um indicador preciso das mudanças que acompanham o envelhecimento, pois as condições de saúde, o nível de participação na sociedade e o grau de independência podem variar significativamente entre as pessoas idosas em diferentes contextos.

Neste sentido, é possível distinguir entre dois tipos diferentes de envelhecimento. O primeiro é o envelhecimento individual, que é inerente ao processo de desenvolvimento humano e progressivo ao longo da vida. Esse envelhecimento pode ser dividido em dois tipos: o envelhecimento cronológico, que é determinado puramente pela idade e é universal, progressivo e inevitável. O segundo corresponde ao envelhecimento biopsicológico, que é diferente do cronológico e menos linear, variando de pessoa para pessoa com base nas suas experiências, hábitos, estilo de vida, gênero, influências genéticas e até mesmo o contexto social envolvente Rosa (2012).

O processo de envelhecimento é influenciado por uma ampla gama de fatores que se relacionam entre si, nomeadamente, aspetos biológicos, psicológicos e sociais. No que diz respeito à dimensão biológica, o envelhecimento é um fenómeno objetivo e irreversível que afeta todos os indivíduos à medida que envelhecem, embora em ritmos diferentes. Essas mudanças biológicas são irreversíveis e têm um impacto visível na funcionalidade, na aparência física e na saúde das pessoas que envelhecem (Almeida, 2014). De um modo geral, o envelhecimento caracteriza-se pelo acumular de perdas com o avanço da idade, tornando os indivíduos mais suscetíveis à doença. Portanto, retardar o envelhecimento biológico implica garantir a manutenção de um bom funcionamento das células, tecidos e órgãos, o que pode ser promovido por estilos de vida saudáveis.

A nível psicológico, algumas capacidades cognitivas, como a atenção, memória (especialmente a de curto prazo) e velocidade de processamento mental podem diminuir com a idade. No entanto, esse declínio não se deve apenas ao desgaste biológico do envelhecimento, mas também a fatores como a falta de estímulo cognitivo, comportamentos prejudiciais, doenças físicas e mentais, falta de motivação, isolamento, etc. (Bäckman et al., 2000). É importante ressaltar também que o envelhecimento psicológico não se limita apenas às perdas; também há ganhos em áreas emocionais, cognição social, conhecimento e experiência, frequentemente referidos como "sabedoria" e obtidos com o avançar da idade (Baltes & Staudinger, 2000; Carstensen et al., 2011).

No que diz respeito à dimensão social do envelhecimento, esta relaciona-se com a capacidade de adaptação dos indivíduos às mudanças nos papéis sociais decorrentes de eventos típicos do envelhecimento, como a reforma, viuvez e ou nascimento de netos. Além disso, a maneira como os idosos são percebidos e respeitados pela sociedade e as expectativas dos próprios idosos relativamente ao seu envelhecimento, desempenham um papel significativo nos seus comportamentos e interações sociais (Heckhausen & Krueger, 1993; Kim, 2009; Marques, 2011).

A interação e complementaridade entre as três dimensões do processo de envelhecimento - biológica, psicológica e social - é inegável. Por exemplo, as consequências do envelhecimento biológico, como a redução da força física e a percepção de uma imagem corporal menos atrativa, geralmente têm efeitos psicológicos negativos na autoestima e autoeficácia das pessoas. Por outro lado, se o ambiente social em que uma pessoa que envelhece está inserida enfatizar as suas perdas e desvalorizar as suas capacidades, em vez de incentivar a manutenção da autonomia e funcionalidade, isso pode levar a que uma dependência progressiva possa desenvolver-se mais cedo.

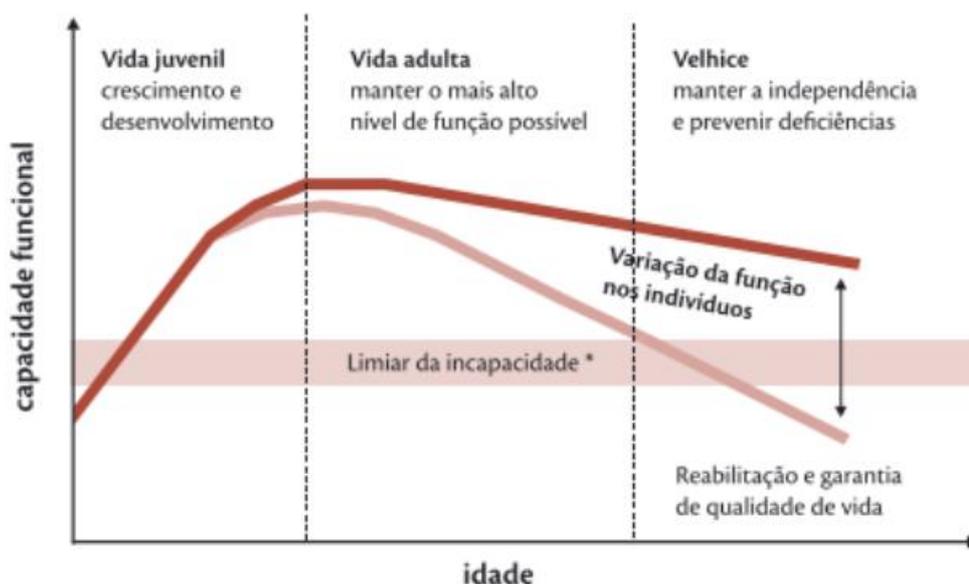


Figura 14: Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida; **Fonte:** Kalache e Kickbusch, 1997.

Conforme as pessoas envelhecem, o significado de capacidade funcional vai-se alterando progressivamente (figura 14). De facto, não podemos esperar que o corpo dos idosos mantenha o mesmo nível de funcionalidade que o de pessoas que estão no início da sua vida adulta. A capacidade funcional aumenta durante a infância e atinge o seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio de seguida. A velocidade do declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados com estilo de vida na vida adulta – como, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, níveis de atividade física e dieta alimentar – assim como, por fatores externos e ambientais. O declínio pode ser tão acentuado que poderá resultar em alguma deficiência prematura. Contudo, a aceleração do declínio pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade, através de medidas individuais e públicas. A avaliação da funcionalidade é uma importante componente da atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que identifica possíveis fragilidades e orienta o tipo de intervenções necessárias. O objetivo da avaliação funcional é avaliar como os idosos realizam diversas atividades

consideradas quotidianas e normais da vida, bem como, identificar o nível de capacidade funcional para as diversas atividades (incapaz, maior ou menos dificuldades, capaz ou incapaz etc (Kalache & Kickbush, 1997).

Na figura acima representada (figura 14), poderíamos complementar a partir do declínio, uma linha pontilhada imaginária crescente, que nos daria a informação de variação da capacidade funcional em decorrência de áreas não mensuráveis como valores, moral, sabedoria, espiritualidade, etc. Esse espaço criado entre o declínio e a linha pontilhada, é o que nós precisamos ressignificar dentro desse contexto de revolução: tudo aquilo que adquirimos como estilo de vida e construção de hábitos saudáveis em nossas rotinas, capaz de conduzir ao equilíbrio de uma vida mais longa, com propósito e de qualidade. Necessitamos assim estar atentos ao conceito de promoção de saúde, que não visa, simplesmente, *“afastar a doença do idoso, mas sim sua eliminação, intervindo nos fatores causais, determinantes e condicionantes mais básicos de toda ordem, que estão na sua origem”* (Kalache & Kickbush, 1997).

2.3 A promoção do envelhecimento ativo e saudável

2.3.1 Os desafios da saúde e dos cuidados no envelhecimento

“Ao invés de ser «um problema», o envelhecimento da população constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano” (Fonseca, 2021, p:11). Viver mais tempo resulta da existência de avanços significativos em áreas importantes como a medicina ou a tecnologia. No entanto, isso também acarreta desafios para as comunidades, pois à medida que as pessoas envelhecem, vão surgindo necessidades específicas e desafios, quer a níveis de saúde, como financeiros. A amplitude das oportunidades que surgem com o aumento da longevidade dependerá muito desses mesmos fatores: a saúde e a economia. Se os anos adicionais de vida dos idosos forem pautados por níveis de saúde adequados, terão uma melhor capacidade para realizar atividades que consideram importantes. No entanto, se esses anos extras forem caracterizados por um acentuado declínio na saúde física e mental, haverá implicações muito mais negativas para o seu bem-estar. Com o avançar da idade, as pessoas estão mais vulneráveis a certas doenças (*e.g.*, doenças degenerativas ou crônicas não transmissíveis, tais como tumores, diabetes; doenças cardiovasculares e demências, como a doença de Alzheimer, por exemplo). Está também associado o aumento da dificuldade de mobilidade, de audição e visão, o que leva ao aumento das necessidades, à procura de cuidados de saúde, à perda progressiva de autonomia (e que resultará numa maior dependência do apoio exterior, familiar ou social), bem como, ao aumento dos custos associados (Rosa, 2012). Os desafios que o envelhecimento impõe à saúde das populações podem ser corroborados pelos dados relativos à esperança de vida em boa saúde, sendo que em 2014, Portugal era o terceiro país da União Europeia com menor percentagem de

esperança de vida em boa saúde para as mulheres (65,7% da esperança de vida), e o sétimo para os homens (74,8% da esperança de vida) (EUROSTAT.) Numa nota positiva, ao longo das últimas décadas houve um desenvolvimento acentuado na ciência e tecnologia, o que tem impacto direto no desenvolvimento da saúde e da literacia na saúde, o que potencializa uma sociedade mais preparada e informada, podendo ter um impacto importante ao nível da prevenção da saúde física e mental e, com isso, melhorar a experiência de vida da população em geral e, especificamente, dos idosos (Rosa, 2012).

Um outro desafio identificado, prende-se com a solidão e o isolamento. Ao longo dos últimos anos, o número de famílias unipessoais portuguesas com mais de 65 anos foi aumentando. No ano de 2013, cerca de 20% das pessoas com 65 e mais anos em Portugal vivia sozinha (EUROSTAT). Este consiste num desafio com impacto significativo na vida dos idosos com mais anos de vida, pois representarão mais anos a viver em condições pouco ideais e com grande risco para o desenvolvimento de problemas do foro da saúde mental (Rosa, 2012).

A pobreza é outro dos desafios significativos associados ao envelhecimento demográfico, especialmente porque muitas pessoas idosas têm níveis educacionais baixos, o que as torna mais suscetíveis a dificuldades financeiras. De acordo com a Rede Europeia Anti-pobreza (2017), a taxa de pobreza entre idosos em Portugal atingiu 17% em 2014 (Rosa, 2012).

Assim sendo, torna-se crucial abordar os desafios do envelhecimento demográfico de maneira abrangente, considerando os diferentes aspetos, áreas, trajetórias e condições da vida. É fundamental encontrar soluções para reduzir as lacunas existentes e garantir que o envelhecimento demográfico seja acompanhado por uma qualidade de vida satisfatória para a população idosa. Além disso, é importante destacar que em Portugal, parte dos recursos disponíveis não atende completamente às necessidades de um envelhecimento saudável e ativo, como mencionado por Bárrios e colaboradores (2020).

2.3.2 O envelhecimento ativo e saudável

Com o passar dos anos, a investigação começou a direcionar-se para dar resposta às questões eminentes sobre as perspetivas tradicionais dos estilos de vida em idade avançada e sobre o tipo de recursos a mobilizar para responder aos desafios do envelhecimento populacional (Serafim, 2007).

Os especialistas argumentam que a qualidade de vida, na ótica do bem-estar ou da satisfação com a vida, inclui um variado espectro de áreas da vida e domínios como, a saúde ou o desenvolvimento satisfatório das aspirações psicológicas, cognitivas e sociais. Assim, na perspetiva da OMS, a qualidade de vida inclui “*a perceção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Chau et al., 2012; Serafim, 2007).

Envelhecer bem é um processo heterogêneo e diferenciado, na medida em que existem diferentes contextos físicos, sociais e humanos, bem como, diferentes vivências e projetos de vida. O conceito de "envelhecimento saudável" é multifacetado e pode variar dependendo da perspectiva de diferentes especialistas e disciplinas. Para a OCDE, o envelhecimento saudável está relacionado ao prolongamento da vida ativa, sugerindo a importância de manter a participação na cívica durante o envelhecimento. Por outro lado, a OMS defende que o envelhecimento saudável envolve garantir a saúde e o bem-estar até uma idade avançada, com ênfase nas relações inter-geracionais e na participação cívica. Enfatiza ainda, a capacidade funcional como um aspeto fundamental do envelhecimento saudável, definindo-o como "*o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice*". A criação de "cidades e comunidades amigas dos idosos" que promovem o envelhecimento ativo e saudável é fundamental para garantir que as pessoas idosas possam atender às suas necessidades básicas, tomar decisões independentes, mover-se com segurança, manter relações sociais e contribuir para a sociedade. Portanto, o envelhecimento saudável é um conceito que abrange uma ampla gama de fatores, incluindo saúde física e mental, bem-estar, participação social e ambiental, destacando a complexidade do envelhecimento e a necessidade de abordagens holísticas para promovê-lo (Gupta, 2021).

O envelhecimento ativo é um processo que procura melhorar não só a esperança de vida, mas também a qualidade de vida dos idosos, através do aumento de oportunidades físicas, sociais e mentais que promovem um certo nível de autonomia, independência e a participação em diferentes valências da vida social, civil ou económica (Baltes et al., 2005). Os determinantes do envelhecimento ativo e da qualidade de vida estão intrinsecamente ligados a fatores biopsicossociais, de acordo com a Comissão da OMS (WHO, 2002).

Os componentes fundamentais do envelhecimento ativo incluem a saúde física (capacidade de funcionar de forma independente, como realizar atividades diárias) que promove a inclusão na comunidade (Ferreira et al., 2012); bem-estar psicológico (estado mental e emocional dos idosos, incluindo autoestima, satisfação com a vida e resiliência emocional), atividade social (interações sociais com a família, amigos e comunidade); estabilidade financeira que permite o acesso a recursos e serviços que promovem o bem-estar; independência na tomada de decisões e na realização de atividades quotidianas; atividades de lazer; acesso a serviços de saúde e apoio da comunidade (Bowling & Dieppe, 2005). O envelhecimento ativo é, portanto, um conceito abrangente que visa promover a saúde, a independência, a participação social e o bem-estar geral da população idosa (Oliveira et al., 2016).

É possível afirmar que o aumento da longevidade não garante, por si só, uma boa saúde e qualidade de vida na terceira idade. Como mencionado por Rodrigues (2018), "*viver mais anos não é necessariamente sinónimo de viver esses anos com saúde e bem-estar*". A promoção do envelhecimento ativo e saudável tornou-se uma meta importante para organizações nacionais e internacionais, bem como para a sociedade no geral, o que é evidenciado pela Estratégia Nacional

para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) de 2017 a 2025, que coloca um foco significativo nesse tema. Viver de forma saudável na velhice é crucial, uma vez que melhora a qualidade de vida dos idosos, mas também contribui para a sua inclusão social, participação ativa na sociedade, para o atraso da institucionalização e adiamento do declínio da saúde.

Para compreender plenamente o estado de saúde na terceira idade, é fundamental considerar uma variedade de fatores que a influenciam, o que inclui fatores económicos, sociais, culturais, biológicos e ambientais. O acesso a cuidados de saúde adequados, nutrição, atividade física, apoio social, educação, etc., desempenham um papel crítico na determinação da saúde e da qualidade de vida na terceira idade. Portanto, é essencial garantir a promoção de políticas e práticas ativas que se foquem nesses objetivos para que os idosos possam envelhecer de maneira saudável, ativa e com dignidade, desfrutando de uma vida de qualidade. Isso requer esforços coordenados em nível nacional e internacional, bem como uma abordagem multidisciplinar e holística para a saúde e o bem-estar na terceira idade (Ferreira et al., 2012).

É importante reconhecer que a população idosa não é homogénea. A idade, o estado de saúde e as necessidades variam amplamente entre os idosos, o que significa que não existe uma resposta universal para atender a todas as pessoas idosas. As respostas devem ser adaptadas às necessidades específicas de diferentes grupos e indivíduos. Portanto, é essencial considerar as condições reais da vida dos idosos e desenvolver respostas diversificadas e adequadas para atender às suas necessidades específicas (Ferreira et al., 2012).

Portugal tem ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável, uma vez que atualmente, só um sexto dos idosos portugueses refere ter boa saúde, sendo também o terceiro pior país na União Europeia no que diz respeito à saúde dos seus idosos. Portugal é igualmente um dos países da União Europeia onde as pessoas usufruem de menos anos de vida saudável (Público, abril 2023).

2.3.3 Aging in Place – um conceito, várias definições

2.3.3.1 Aging in place: O desejo de permanecer no lugar

Nos últimos anos, a expressão "*aging in place*" tem recebido contribuições de diversas áreas, incluindo gerontologia, sociologia, psicologia, geografia e urbanismo e tem sido amplamente utilizada, mas não existe, até à data uma única definição que estabeleça os seus limites, uma vez que a diversidade de origens disciplinares torna desafiante a criação de um conceito unificado que integre todas essas contribuições. Parte dessa confusão conceptual surge da natureza complexa do termo "envelhecer em casa", que combina dois elementos distintos e sujeitos a interpretações diversas. De um lado, o "envelhecimento", que pode variar entre envelhecimento normal e envelhecimento

patológico (Fonseca et al., 2021), por outro lado, o conceito de "casa", que pode abranger desde a residência pessoal até o ambiente envolvente em que essa residência está inserida.

"*Aging in place*" pode ser visto como uma política emergente que se concentra principalmente na compreensão das mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento e no ambiente em que a pessoa vive (Pynoos et al., 2009). Por outro lado, para Martin e colaboradores (2012), "*aging in place*" também consiste na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no ambiente envolvente, mas diferencia-se por priorizar a permanência da pessoa na sua própria casa ou em serviços comunitários estruturados para o efeito. De acordo com Timmermann (2012), o conceito de "*aging in place*" implica que a pessoa permaneça na sua própria casa pelo maior tempo possível, mesmo que enfrente desafios funcionais ou cognitivos. Ainda, para Wiles et al. (2012), este é um conceito popular nas políticas de envelhecimento atuais e envolve a permanência de uma pessoa mais velha na sua residência privada (e respetiva comunidade envolvente) durante a fase mais avançada da vida, com a devida independência e autonomia, em alternativa ao processo de institucionalização. Uma outra visão do mesmo conceito diz que este é um termo usado para descrever uma pessoa que vive numa residência à sua escolha, enquanto tiver capacidade, ao longo do envelhecimento, o que inclui a possibilidade de ter à sua disponibilidade quaisquer serviços de que possa necessitar ao longo do tempo, à medida que as suas necessidades mudam. Segundo o Guia de Boas Práticas de "*aging in place*", foram propostos doze domínios de aplicabilidade do conceito em Portugal: apoio aos cuidadores; combate ao isolamento; gerotecnologias; apoio domiciliário; centros de dia e de convívio; participação social; aprendizagem ao longo da vida; habitação e espaços físicos; saúde, nutrição e atividade física; segurança; mobilidade; bem-estar e qualidade de vida. Por fim, de acordo com a OCDE (2002), o conceito de "*aging in place*" compreende quatro dimensões: habitação, serviços de proximidade, transportes e ambiente/comunidade em que a pessoa está envolvida.

De acordo com dados de 2011 (Eurostat, 2011), aproximadamente 90% das pessoas com 65 anos ou mais em países como Alemanha, França, Finlândia e Reino Unido viviam de forma independente nas suas próprias casas. No entanto, em países do sul e leste da Europa, como Chipre, Espanha, Portugal e Estónia, essa percentagem era mais baixa.

O rápido envelhecimento da população nas sociedades ocidentais tem levado ao desenvolvimento de novos conceitos, programas e serviços para atender às necessidades da população idosa. O aumento da esperança de vida, potenciado por melhores níveis saúde, tornou possível que as pessoas idosas prolonguem a sua utilidade social por mais tempo, se não profissionalmente, pelo menos junto dos seus familiares, amigos e rede de proximidade/vizinhança, sublinhando os efeitos positivos do *aging in place*, pois muitos idosos desejam continuar a viver nas suas casas e comunidades de forma independente, mesmo à medida que envelhecem (IFA, 2011; Means, 2007). Milligan (2009) argumenta que viver de forma independente contribui para manter a autoconfiança, o autocontrolo e a autoestima positiva, e, portanto, os idosos devem ter a oportunidade de fazê-lo, desde que a sua

saúde o permita e que disponham de uma residência e apoio social adequados. Além disso, Van Dijk e colaboradores (2015) concluem que a ideia subjacente ao conceito de "*aging in place*" é que viver num ambiente familiar tem um impacto positivo no bem-estar das pessoas em geral, permitindo que os idosos tenham experiências positivas na fase mais avançada da vida. Em muitos países, a possibilidade de envelhecer em casa está relacionada com a situação financeira de cada pessoa e os custos associados à permanência em estruturas residenciais para idosos. De acordo com Pani-Harreman e colaboradores (2020), "*aging in place* tem o potencial de oferecer cuidados mais adequados a um custo menor do que a mudança para instalações mais especializadas e protegidas". Portanto, o "*aging in place*" pode ser considerado a opção mais apropriada para pessoas com recursos financeiros limitados que desejam desfrutar de uma melhor qualidade na prestação de serviços.

Além disso, é importante reconhecer a existência de diferentes perfis de envelhecimento, cada um exigindo abordagens específicas do conceito de "*aging in place*": a) Pessoas que desejam permanecer na sua casa atual e que não enfrentam problemas imediatos de saúde ou mobilidade; b) Pessoas que têm condições de saúde progressivamente debilitantes, como doenças crônicas, e que, em algum momento, podem precisar de apoio adicional para envelhecer em casa; c) Pessoas que experimentaram mudanças abruptas nas suas vidas, especialmente em termos de saúde, o que torna o envelhecimento em casa um desafio adicional, exigindo modificações imediatas nas suas residências e estilos de vida (Pani-Harreman et al., 2020).

Torna-se, então, fundamental criar e manter ambientes que sejam favoráveis e facilitadores do envelhecimento para promover o bem-estar das pessoas idosas, permitindo que elas permaneçam autónomas e independentes pelo maior tempo possível. A necessidade de abordar uma população cada vez mais envelhecida e diversificada com respostas diversificadas cria desafios em vários domínios de intervenção. Além da preocupação com a habitação e com os espaços exteriores, são necessárias medidas de assistência ao domicílio ou programas de natureza social que tenham em consideração as incapacidades individuais e a participação na sociedade (Pani-Harreman et al., 2020).

2.3.3.2 Evitar a institucionalização

Em Portugal, após o 25 de Abril de 1974, uma das áreas mais evidentes da política social de apoio aos idosos foi o desenvolvimento de equipamentos sociais em quantidade e de qualidade, dedicados à população mais velha. Dentro da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), as principais formas de assistência são as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) - (anteriormente conhecidas como Lar de Idosos), - os Centros de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). No período de 2000 a 2015, as respostas sociais voltadas para a população idosa aumentaram em 55%, de acordo com dados do Ministério da Solidariedade (2015). Durante esse período, houve um

crescimento muito positivo nas respostas sociais, especialmente no SAD, com um aumento de 71%, e nas ERPI, com um crescimento de 66%. Embora o número de idosos que residem em instituições represente apenas uma pequena minoria da população idosa total em Portugal, as ERPI's tornaram-se num símbolo das respostas sociais disponíveis para os idosos. Em muitas comunidades, a presença de uma ou mais ERPI's é vista como um indicador de desenvolvimento social, pois representa a capacidade de atender às necessidades dos idosos por meio de um serviço contínuo de cuidados. As ERPI's desempenham um papel crucial em situações de extrema vulnerabilidade ou quando outras alternativas não são suficientes para atender às necessidades dos idosos, que podem variar desde o isolamento social até condições precárias de vida. No entanto, também é verdade que a mudança para uma ERPI representa uma rutura com o ambiente de vida anterior e muitas vezes com a comunidade à qual a pessoa idosa pertencia. Apesar das ERPI's frequentemente operarem com taxas de ocupação próximas de 100% e listas de espera consideráveis, não é viável nem desejável continuar a expandir indefinidamente essa resposta social em detrimento de outras que possam permitir que a pessoa idosa permaneça na sua própria casa (muitas vezes o único lar que conheceu ao longo de toda a vida) e na comunidade em que está inserida, priorizando a independência e o conforto, sendo que a maioria dos idosos manifesta esse mesmo desejo de permanecer nas suas próprias residências o maior tempo possível ao longo do envelhecimento (Bernard et al., 2001). Apesar desse desejo, é importante reconhecer a institucionalização como uma opção quando necessário ou desejado. De acordo com estatísticas do EUROSTAT (2016), em 2011, 14,8% das mulheres com 85 anos ou mais e 7,6% dos homens com 85 anos ou mais estavam institucionalizados. Podemos dizer que, há muito tempo que se observa um enfraquecimento dos laços familiares e uma diminuição das redes naturais de suporte dos idosos, sendo a instituição, rede de suporte formal a realizar esse papel de prestação de cuidados (Berger & MaillouxPoirier, 1995; Cardão, 2009), *“isto porque nem sempre a família consegue exercer a função de cuidar dos mais idosos ou cumprir com esta responsabilidade, podendo assim levar a situações de internamento em lares”* (Neves, 2012). A vontade de implementar o envelhecimento nas comunidades surge por ser uma opção que permite que as pessoas mais velhas mantenham a sua independência, autonomia e redes de apoio social ativas por mais tempo. Ao contrário da institucionalização, que pode levar a uma perda de autonomia, uma vez que a vida e a rotina das pessoas mudam drasticamente. Atividades de vida diária, como cozinhar e limpar a casa, muitas vezes desaparecem quando alguém é institucionalizado. Tomasini e Alves (2007) observam que os ambientes institucionais exigem muito pouco das pessoas mais velhas, e quando elas saem das suas casas, frequentemente perdem as suas relações sociais, o que pode enfraquecer seus laços sociais e aumentar a tendência para o isolamento social e solidão, podendo culminar em problemas mais graves de saúde mental (Runcan, 2012). Diga-se que os principais motivos para a institucionalização são: 1. diminuição das capacidades de autonomia do idoso; 2. impossibilidade de suporte pela rede familiar (Simão, 2019).

Para que a vontade de permanecer em casa durante o envelhecimento possa ser concretizada, é essencial que as casas sejam adaptadas ao processo de envelhecimento dos idosos e que estes possam ajustar as suas condições de vida às necessidades que forem surgindo - proporcionando envelhecimento bem-sucedido, onde a pessoa goza de bem-estar pessoal e social, desfrutando de saúde e com a consciência do seu bem-estar (Simão, 2019). Neste sentido, é de extrema importância conhecer as estratégias e diretrizes disponíveis para promover o envelhecimento em casa e na comunidade, garantindo que as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida confortável e segura no seu ambiente familiar e num ambiente construído adequado às suas necessidades.

2.3.4 “Age-friendly communities” como resposta?

Em matéria de planeamento e políticas territoriais, vão crescendo as preocupações legítimas com a população idosa. Uma agenda *age-friendly* para os territórios tem vindo a ganhar relevo junto dos *stakeholders* e poder central, e local. A recente elaboração da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável e a adesão de 13 municípios portugueses à Rede Global das Cidades Amigas dos Idosos ilustram, se não os avanços concretos, pelo menos a inserção progressiva do tema na agenda. As experiências (transporte a pedido, hortas comunitárias, hospedagem de estudantes, serviços itinerantes, melhorias da acessibilidade em espaços e edifícios públicos) respondem a necessidades finas, localmente identificadas, mas relativamente segmentadas. As tentativas de estabelecer planos coerentes e intersectoriais têm sido limitadas e os poucos Planos Gerontológicos do início da década de 2010, não se afirmaram no panorama das políticas locais, ficando o envelhecimento um assunto fragmentado entre várias áreas de atuação, principalmente na área da ação social e, de forma menos evidente, na área da habitação, da segurança e da mobilidade. Face à provável degradação da sustentabilidade da segurança social (Rosa, 1993), ao desvanecer progressivo dos tradicionais modelos de suporte familiar, ainda assim com maior presença no nosso país do que no resto da Europa, e às dificuldades de um Estado-Providência que nunca chegou a atingir a maturidade de outros países, os municípios portugueses poderão no futuro ter de repensar os modelos vigentes da sua atuação. O quadro da descentralização, que deixa em aberto várias questões ligadas ao financiamento dos programas locais, e a ausência de estruturas intermédias, de âmbito regional, poderá no entanto vir a criar dificuldades nesse processo.

Neste âmbito, importa referir o movimento *Age-Friendly Communities*. Trata-se de um programa afirmativo e envolto em preocupações ambientais. Alguns gerontologistas afirmam que ambientes residenciais habitados por camadas mais idosas da população, têm potencial para influenciar a capacidade de envelhecimento com maior sucesso, levando a soluções de congruência ideal entre indivíduo e ambiente. Deste modo, dá-se assim início a este movimento *Age Friendly Cities and*

Communities (AFCC), que remonta a 1982, aquando a Primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento realizada em Viena. O Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento foi emitido que exigia uma resposta internacional, atendendo às necessidades de uma população em rápido envelhecimento (Gupta, 2021). As cidades “*Age friendly*” são assim um conceito desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Esta denominação parte de uma política de desenvolvimento de ambientes urbanos como forma de incentivar o envelhecimento ativo, otimizando as oportunidades de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2007)

Em 1986, a Carta de Ottawa para instigação da Saúde da OMS levou a uma mudança para uma abordagem socio ecológica perspectivas em relação à saúde. Esta carta, que sublinhava a necessidade de uma ação conjunta dos principais atores como governos, organizações voluntárias e comunidades, provaram ser um fator significativo fonte de estratégias de promoção da saúde e recomendações políticas. Com o objetivo alcançar o “envelhecimento ativo”, a ideia de desenvolver cidades amigas dos idosos e comunidades (AFCC), o plano foi revisto no início dos anos 2000 pela Organização Mundial da Saúde. Posteriormente, o projeto “Cidades Globais Amigas dos Idosos” foi introduzido pela OMS – um plano que teve como objetivo identificar os fatores responsáveis por tornar os ambientes urbanos amigos dos idosos (Gupta, 2021).

Mais tarde, em 2010, foi criada a “Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas dos Idosos”. Lançado com vista à execução das recomendações do projeto anterior, esta rede global recebeu cooperação ativa de vários países, atingindo a participação 1.100 cidades e comunidades em 2021. Uma conexão entre cidades e comunidades integrantes, a nível global levaram a efeitos positivos na forma de partilha de conhecimento, experiências, troca de informações e inspiração de mudanças construtivas (Gupta, 2021).

O desenvolvimento de comunidades “*age friendly*” tornou-se uma questão importante para a política social, abrangendo questões que variam tanto em ambientes urbanos quanto rurais. Vários fatores estimularam a discussão sobre esse tópico, incluindo: primeiramente, o impacto global da mudança demográfica, com uma ampla variedade de necessidades habitacionais e comunitárias surgindo entre aqueles com 50 anos ou mais anos (Biggs et al., 2000); em segundo lugar, o objetivo político de apoiar as pessoas nas suas próprias casas o maior tempo possível – a ideia de “envelhecer no local” - *aging in place*⁷ (Lui et al., 2009); terceiro, a consciência do impacto da mudança urbana na vida das pessoas mais velhas, principalmente em áreas com privação social e económica (Scharf et al., 2002); e, quarto, debates sobre lugares “bons” ou “ideais” para envelhecer, estimulados pelo crescimento de comunidades de aposentados que atendem às necessidades de grupos específicos de idosos (Bernard et al., 2004; Evans, 2009).

⁷ “Aging in Place” significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, de forma segura e independente. A promoção e valorização das modalidades de envelhecimento em casa e na comunidade é um modelo de intervenção social atualmente favorecido pela Organização Mundial de Saúde à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2015)

Os seus objetivos passam por desenvolver ambientes responsivos às aspirações e necessidades dos idosos tornou-se uma grande preocupação para as políticas sociais e públicas (Buffel, 2012). Desde 2010, são atualmente 258 as cidades e comunidades envolvidas na rede de cidades “age-friendly”, sendo que Manchester foi a primeira cidade do Reino Unido a aderir à rede.

No âmbito das comunidades “age friendly”, tendo em conta as projeções para as próximas décadas a nível demográfico, - “*Em 2013, é expectável que dois terços da população mundial estarão a viver em cidades. Estima-se que um quarto da população urbana em países desenvolvidos possuirão 60 anos ou mais, bem como em 2050, um quarto da população urbana em países pouco desenvolvidos terão 60 anos ou mais anos*” (Buffel, 2012) - foram definidos alguns desafios para as áreas urbanas. Entre os quais: 80% do tempo das pessoas com mais de 70 anos é gasto em casa ou nas imediações desse espaço, daí a importância de uma alta qualidade ambiente físico” segundo Buffel (2012). Reduzir o sentimento de insegurança (apesar dos baixos níveis de criminalização observados). Pois, a participação na 'vida diária normal pode estar limitada por esse receio: 33% -50% de pessoas mais velhas podem-se sentir inseguras ao se movimentar pela vizinhança durante a noite (De Donder et al., 2010); Minimizar o impacto das condições climáticas extremas e sobre os idosos em áreas urbanas áreas (Klinenburg, 2002; Ogg, 2005; Muramatsu e Akiyama, 2011).

'O que é uma cidade ideal para pessoas mais velhas?' para a pergunta 'Quão amigáveis são as cidades?' Essa abordagem, poderá ser mais adequada para pessoas que lidam com as complexidades das cidades como locais de interesses comerciais, sociais e políticos interligados e conflitantes. Este tema é desenvolvido da seguinte forma: primeiro, os principais fatores que impulsionam o debate amigo do idoso; em segundo lugar, as restrições e oportunidades para os idosos que vivem em áreas urbanas ambientes; terceiro, opções para uma política social crítica; e, quarto, exemplos de envolvimento de idosos no desenvolvimento de programas ambientes: “Eliminar barreiras, melhorar a habitação, criar mais espaços verdes, aumentar os cuidados de saúde ao domicílio. Estes são alguns dos projetos que vários municípios têm em mãos para criar comunidades urbanas *age-friendly*.” (Jornal Expresso, Janeiro de 2023).

A Organização Mundial de Saúde lançou em 2007 o Projeto Global Cidades Amigas das Pessoas Idosas, desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe, na sede da Organização Mundial de Saúde em Genebra, Suíça. Para compreender as características de uma cidade amiga as pessoas idosas, torna-se essencial ir até à fonte os habitantes mais velhos das cidades. Estas cidades representam um leque alargado de países desenvolvidos e em desenvolvimento e refletem a diversidade de cenários urbanos contemporâneos, incluindo seis das atuais mega-cidades com mais de 10 milhões de habitantes (México, Moscovo, Nova Deli, Rio de Janeiro, Xangai e Tóquio), cidades que podem ser consideradas quase mega-cidades, como Londres, Istambul e Nova York, e também capitais nacionais, centros regionais e pequenas cidades. Foi solicitado aos idosos que, em grupos de discussão, procedessem à descrição das vantagens e obstáculos que encontram em oito áreas da vida na cidade. Na maioria das cidades, os relatos de pessoas mais velhas foram

complementados através dos contributos de grupos de discussão compostos por prestadores de cuidados e prestadores de serviços dos sectores público, voluntário e privado. Os resultados das discussões em grupo idosos. O projeto Cidades Amigas das Pessoas Idosas é orientado para a operacionalização do conceito de envelhecimento ativo: processo de otimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (Martins et al, 2019).

O modelo de “*age friendly communities*” assim iniciado assim pela OMS (2007) reflete as tentativas de desenvolver comunidades urbanas de apoio para os cidadãos mais velhos. Estes foram definidos como incentivadores do “envelhecimento ativo, otimizando as oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2007a: 12). Esse objetivo deve ser visto no contexto das forças gêmeas do envelhecimento populacional e da urbanização, ambas agora identificadas como uma das tendências sociais mais significativas que afetam a vida no século XXI (Burdett e Sudjic, 2008). Até 2030, dois terços da população mundial residirão em cidades, com – para áreas urbanas em países de PIB elevado – pelo menos um quarto das suas populações com 60 anos ou mais (UN-Habitat, 2010). A perspetiva global da cidade “amiga do idoso” tem sido influente na conscientização sobre o impacto do envelhecimento populacional, especialmente para a gestão e planeamento dos ambientes urbanos. Contra isso, o valor dessa abordagem ainda não foi devidamente avaliado no contexto das complexidades e contradições que assolam as cidades modernas, especialmente aquelas que surgem da acelerada mudança social e econômica global.

À medida que o envelhecimento da população e a urbanização progridem rapidamente em todo o mundo, tornar as nossas cidades e comunidades mais amigas dos idosos é crucial para maximizar as oportunidades oferecidas por vidas mais longas. Um novo guia lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Programas nacionais para cidades e comunidades amigas dos idosos, fornece um quadro claro sobre como esses programas podem ser estabelecidos e sustentados em todos os países para acelerar a criação de ambientes amigos dos idosos: melhores lugares para crescer, viver, trabalhar, brincar e envelhecer (WHO, 2022).

Apesar das diferentes abordagens, um elo comum entre as mesmas reside na forma como a maioria parece consolidar a ideia sobre um modelo de cidade “ideal” alcançado por meio de políticas e intervenções de serviços. A perspetiva global “*age friendly*” pode ser visto como a ilustração mais clara. As comunidades AFCC têm como objetivo melhorar o acesso a serviços essenciais e permitir que pessoas idosas sejam e façam o que valorizam (Gupta, 2021). Oito áreas-chave/caraterísticas foram identificadas para a promoção de uma comunidade “amiga do idoso” em relação à idade e que promova o envelhecimento saudável (Figura 15): a) Habitação adequada b) Transporte acessível; c) Espaços exteriores adaptados e Edifícios; d) Apoio Comunitário e Serviços de Saúde; e) Comunicação adequada e informação; f) Participação social; g) Respeito e inclusão social; h) Participação civil e emprego.



Figura 15: O modelo de 2007 da OMS "Cidades Amigas dos Idosos"; **Fonte:** OMS (Organização Mundial de Saúde).

O envolvimento das pessoas mais velhas no desenvolvimento e manutenção de programas ambientais "amigos da idade" é um objetivo crucial da política social. Tal requer uma mudança significativa na abordagem de produção de ambientes urbanos. Dois exemplos de projetos que reconhecem a importância desse envolvimento são o "CALL-ME" (Community Action in the Third Age - Manchester Engagement) na Inglaterra e o projeto "Belgian Aging Studies" (BAS).

Os territórios portugueses, com as suas cidades médias e pequenas que contam com uma diversidade de serviços de proximidade importantes, tendo em conta o seu tamanho, com a persistência de uma solidariedade familiar e de vizinhança maior do que noutros países europeus, poderão oferecer condições favoráveis a estes modelos acima abordados. Evidenciam, ainda assim, algumas características e tendências que os tornam vulneráveis em matéria de envelhecimento. Em particular, a herança e predominância do urbanismo funcionalista e o lugar do automóvel na sociedade e no espaço, produziram formas urbanas fragmentadas, por vezes de difícil leitura e frequentemente com

défices de serviços de proximidade e suporte social (Portas, Domingues & Cabral, 2011). A ausência de intervenção pública sobre a habitação sendo a habitação social praticamente incipiente no nosso país (Guerra, 2011) e não constituindo, por isso, uma área de atuação possível nem provável para a agenda *age-friendly*. Face a um planeamento já de si deficitário e a seguir a uma crise financeira que veio pôr em causa a acumulação de conhecimentos e os progressos realizados, a afirmação das lógicas privadas na produção urbana e de um urbanismo empreendedor (Harvey, 1989), virado para a atratividade de capitais internacionais e jovens ativos – ou reformados estrangeiros nalguns casos – poderá dificultar as políticas locais. As evoluções do mercado imobiliário, as tendências para a gentrificação das áreas centrais e a conseqüente periferização de jovens ativos – onde a população idosa aumenta no entanto, não colocam apenas em risco a permanência física, residencial, dos moradores em idade avançada, mas também a permanência da identidade e familiaridade dos seus bairros, a continuidade de um sentido do lugar e de comunidades coesas – aquilo que a literatura designa expulsão simbólica [symbolic displacement – (Atkinson, 2015)]. Essa adversidade percebida pelos idosos, já foi identificada em vários contextos locais (Buffel & Phillipson, 2016), resultando em sentimentos de invisibilidade, perda de poder no planeamento local e desconexão social. O rumo futuro dos territórios, à escala local, é (e será cada vez mais) indissociável da evolução da sua população idosa. Contudo, a diversidade de situações, apenas sobrevoada na tipologia apresentada mais acima, convida à mobilização de soluções engenhosas e locais, existem pelo menos três campos em 239 que os municípios poderão encarar uma articulação mais eficiente. No domínio do urbanismo e do espaço público, é importante que as entidades territoriais não percam de vista o objetivo da familiaridade e da continuidade, mesmo quando o espaço e o contexto se altera, nem a singularidade das vivências dos idosos face a outras pessoas com mobilidade reduzida. A frequente assimilação de todos num único item “acessibilidade universal” pode reduzir a experiência quotidiana dos idosos à sua relação com a (in)existência de obstáculos concretos na sua mobilidade local.

Na área da mobilidade, intervenções favoráveis ao caminhar e ao transporte público não podem ocultar o facto de a existência de uma rede não ser suficiente, se as pessoas não conseguem aceder às paragens de transportes públicos. Simultaneamente, o automóvel, frequentemente diabolizado, desempenha um papel importante na continuidade das interações sociais dos idosos, de modo que a pedonalização total pode ser um impedimento à acessibilidade, bem como, o ato de deixar o automóvel está correlacionado com o momento de início de perda de autonomia e independência na população idosa (muitas vezes verificado). Por fim, o envolvimento das pessoas idosas em matérias tão importantes e com potencial tão impactante como o urbanismo comercial, a reabilitação urbana, a gestão dos espaços públicos e, mais geralmente, o planeamento urbano, constitui um requisito fundamental. A população idosa não pode ser vista apenas sob o prisma da sua dependência e das suas necessidades de suporte médico e social. Experiências recentes em diversos contextos sociais mostram que as suas aptidões, experiências, memórias e conhecimentos podem contribuir para uma

melhor valorização e maior aceitação de intervenções públicas por vezes muito abrangentes e não apenas dedicadas ao envelhecimento (Buffel, 2012; 2015). A inclusão da população idosa nos processos de planeamento não é apenas uma obrigação, será certamente, no futuro, uma inevitabilidade (Padeiro, 2021).

Deste modo, as práticas sustentáveis fazem cada vez mais parte do quotidiano dos habitantes das grandes cidades. É preciso mudar as formas de deslocação que preservem o meio ambiente, mas que também contribuam o aumento da qualidade de vida de todos nós. Uma das apostas dos municípios têm sido no investimento em infraestruturas e equipamentos vocacionados para ações de suporte ao incremento do bem-estar da qualidade de vida dos cidadãos. O contexto e o ambiente físico é também favorável na atmosfera urbana, nos espaços verdes e na mobilidade, facultando condições para viver tranquilamente em harmonia com a sustentabilidade ambiental, constituindo se assim a existência de bons equipamentos, bons acessos e o espaço físico como importantes facilitares ou barreiras (Município de Cantanhede, 2023).

2.4 O ambiente residencial e o bem-estar da população idosa

Para discutir o "bem-estar", é fundamental abordar o conceito subjacente de "qualidade de vida". Embora a qualidade de vida seja um conceito complexo e careça de uma definição universalmente aceite, a maioria das pessoas compreende intuitivamente o que ela representa. Em resumo, a qualidade de vida está relacionada com a sensação de "sentir-se bem". Essa compreensão alinha-se com os principais fatores que a influenciam, nomeadamente, a saúde física e psicológica, o nível de independência, o trabalho, as relações sociais e a interação com o ambiente.

O bem-estar tem sido objeto de investigação na área da gerontologia (Larson, 1978) e é uma temática fundamental nos estudos das ciências humanísticas. Este conceito foi definido, operacionalizado e medido de várias maneiras (Liu et al., 2017). No entanto, é importante destacar que não existe um consenso claro e universal sobre uma única definição para o bem-estar. O conceito de bem-estar pode ser subdividido em duas áreas: o bem-estar físico [abrange tanto o estado de saúde positivo quanto negativo (Ustun et al., 2010)] e o bem-estar psicológico [pode ser positivo ou negativo, dependendo da presença de condições como stress, ansiedade e depressão (Cassano & Fava, 2002)]. Na literatura, pelo menos quatro conceitos relacionados com o "bem-estar" são comumente utilizados, nomeadamente, o bem-estar subjetivo, a felicidade, a satisfação com a vida e a componente psicológica da qualidade de vida (Medvedev & Landhuis, 2018). Estes conceitos abrangem o equilíbrio entre diversos aspetos do bem-estar, incluindo o estado psicológico, social e físico. Quando considerados em conjunto, esses subconceitos podem fornecer um indicador valioso sobre a relação de um indivíduo com sua própria vida, com base na sua autoavaliação (Diener et al., 1999). Além disso, eles destacam a importância da autorrealização e da busca contínua por objetivos significativos

para o indivíduo (Nordbakke & Schwanen, 2014). É relevante compreender como os fatores positivos relacionados com o bem-estar são construídos ao longo do tempo, refletindo uma visão positiva da vida e pensamentos otimistas (Medvedev & Landhuis, 2018) e ainda que a existência de problemas de saúde físicos (e.g., incapacidade) ou psicológicos (e.g., pensamentos negativos), não é necessariamente incompatível com uma avaliação geral positiva da vida, especialmente quando se considera um intervalo de tempo mais longo (Mouratidis, 2018).

A abordagem sócio-ecológica (Stokols, 1996) é uma das estruturas teóricas mais populares para analisar como um conjunto de fatores individuais, interpessoais e ambientais (institucionais, comunitários, sociais e políticos) que podem afetar o bem-estar das pessoas. Este modelo concentra-se no estudo do contexto local e nas interações entre os diversos indicadores de saúde, comportamento e bem-estar (Cerin et al., 2017).

O termo "comunidade" é complexo e não consensual, mas pode ser entendido como uma entidade sócio-espacial que abrange uma parte específica do território urbano reconhecida coletivamente como uma unidade física, funcional e social (Barton, 2013). Portanto, a qualidade de um bairro que atende às necessidades dos seus residentes e impacta diretamente no seu bem-estar depende de três componentes interligadas: o ambiente físico, os serviços disponíveis e prestados nessa área e a comunidade que habita esse espaço (DeLaTorre & Neal, 2017; Wen et al., 2006).

As teorias sociais defendem que a falta de bem-estar entre os idosos pode estar relacionada com a incapacidade da comunidade em desenvolver valores e práticas que regulem as relações interpessoais (Cantillon et al., 2003), o que traz consequências para a coesão social da comunidade e pode levar à percepção de solidão entre os idosos (Chen & Feeley, 2014). Além disso, a construção de laços fortes e solidariedade entre os pares em áreas mais vulneráveis pode melhorar o autoconceito dos indivíduos (Pinkster, 2007). O ambiente social abrange tanto a qualidade das relações na vizinhança, que pode ser medida pelo grau de confiança, conectividade e coesão percebida pelos residentes (Cubbin et al., 2008), como as desigualdades sociais, que podem ser medidas pelos valores das rendas das habitações e pelo perfil socioeconômico da comunidade.

Por outro lado, variáveis ambientais e temporais são particularmente importantes para os idosos, que passam a maior parte do tempo em casa e nas proximidades das suas residências em comparação com as pessoas mais jovens (Matthews et al., 2012). Os idosos tendem ainda a fazer menos deslocações diárias e a privilegiar trajetos mais curtos, o que aumenta a dependência por serviços locais e torna essa população mais sensível ao ambiente e à qualidade do seu território envolvente (Horgas et al., 1998).

Os ambientes físicos desempenham um papel significativo na vida de todas as faixas etárias, sendo especialmente relevantes para aqueles que dependem da sua área de residência para apoio e assistência, nomeadamente os idosos. A população idosa pode ser particularmente sensível às mudanças no ambiente físico e construído, uma vez que esse ambiente desempenha um papel crucial

na manutenção da sua identidade e integração. Além disso, muitas pessoas idosas passam a maioria do tempo dentro de casa (Horgas et al., 1998).

O ambiente físico, muitas vezes referido como ambiente "construído", pode ser definido como as características percebidas do contexto físico em que as pessoas se inserem (Van Cauwenberg et al., 2011). A qualidade do ambiente, quer em cidades desenvolvidas como não desenvolvidas, procura garantir "*um padrão universal para uma cidade amiga do idoso*" (OMS, 2007a: 11) e refere-se às características e oportunidades disponíveis na vizinhança para atender às necessidades diárias das pessoas, que tenham em atenção o tipo de vias públicas (planeamento urbano, calçadas) ou características da comunidade (densidade de construção, existência e acessibilidade de áreas verdes) (Hanson et al., 2012). Na prática, um ambiente físico de qualidade deverá ser visualmente agradável, limpo e adequado para caminhar, incluindo áreas específicas com mobiliário urbano, como bancos e áreas com sombra, para incentivar os idosos a saírem de casa para desfrutar de momentos ao ar livre e para tornar a mobilidade dos idosos mais segura e de melhor qualidade. Deverá ainda implicar uma habitação suficientemente acessível em áreas seguras e próximas de serviços públicos locais serviços locais, como mercearias, farmácias, áreas de lazer, hospitais, centros de saúde, transporte, etc. e da restante comunidade (Barnett et al., 2017) (Buffel, 2012). Tudo isto pode potencializar o aumento as interações sociais e a atividade física, melhorando assim o bem-estar e, conseqüentemente, adiando o surgimento de problemas de saúde e comorbilidades (Mouratidis, 2018).

Algumas revisões, embora focadas em pessoas mais velhas, analisaram o impacto dos bairros nos resultados de saúde física, demonstrando o papel da exposição a áreas verdes no reduzido risco de mortalidade por todas as causas e doenças cardiovasculares totais como doença (Yuan et al., 2020) ou segurança criminal como um determinante de diferentes resultados de saúde (Won et al., 2016). Outros comentários, concentraram-se em estados negativos, como depressão, destacando o papel da falta de espaços verdes, ruído e baixa qualidade de o ambiente construído em sintomas depressivos (Mair et al., 2008; Rautio et al., 2018).

É crucial criar ambientes que promovam o envelhecimento ativo e saudável para os idosos. Moradias e transportes acessíveis desempenham um papel fundamental na manutenção da independência dos idosos, facilitando o contacto social e permitindo a continuidade da participação ativa na sociedade. É importante abordar questões como discriminação, abuso e violência contra os idosos, especialmente as mulheres idosas que podem ser mais vulneráveis a essas formas de maus-tratos. Muitas vezes, os idosos, bem como, outros grupos (pessoas com deficiência) são negligenciados nas discussões sobre o impacto da mudança urbana. Embora os idosos tragam vantagens para os ambientes urbanos, como o conhecimento e comprometimento com as suas comunidades (Scharf et al., 2002), enfrentam também desafios relacionados a vulnerabilidades fisiológicas e cognitivas, mudanças nos padrões de uso do espaço e a importância das relações comunitárias e de vizinhança para o seu apoio (Mitchell et al., 2003; Wight et al., 2009). Houve, no entanto, alguns progressos na promoção dos direitos humanos dos idosos, incluindo discussões sobre o desenvolvimento de

instrumentos internacionais de direitos humanos específicos para essa faixa etária (Fundo de Populações das Nações Unidas, 2012).

2.5 A pandemia de COVID-19 e as pessoas idosas

O processo de envelhecimento é considerado como uma fase de transformação, com mudanças nas atividades e relacionamentos. Para alguns, pode surgir uma sensação de abandono, inutilidade social ou solidão durante esse período. Os idosos enfrentam frequentemente fragilidades biológicas devido a doenças crônicas, como doenças cardiovasculares ou respiratórias (Silișteanu, 2022; Tibiriçá & Lorenzo, 2020). É uma etapa que traz consigo diversas vulnerabilidades de natureza psicológica, social e ambiental, nomeadamente, o aumento nas hospitalizações, uma menor capacidade de resposta imunológica, a presença de múltiplas comorbidades e *déficits* cognitivos e sensoriais que dificultam a compreensão e a adesão às medidas de precaução. Muitos idosos encontram-se institucionalizados, o que os expõe a riscos como superlotação em lares, falta de higiene e supervisão inadequada. Essas vulnerabilidades tornam a população idosa particularmente suscetível a uma pandemia como a causada pelo Covid-19 (Banerjee, 2020). Esta constitui um desafio para proteção da saúde dos idosos, uma vez que são uma população mais suscetível a complicações mais graves, ou mesmo morte (Barra et al., 2020; Sherlock et al., 2020; D’adamo, Yoshikawa & Ouslander, 2020 citado por Luísa, 2021). Estudos têm demonstrado que a pandemia afetou todas as faixas etárias (Giebel et al., 2020), mas os idosos enfrentam um risco substancialmente maior, com uma taxa de mortalidade cinco vezes superior à média global para aqueles com mais de 80 anos (Laporte et al., 2017). Na Europa, mais de 95% das mortes relacionadas à COVID-19 ocorreram em pessoas com mais de 60 anos (Seidel & Thyrian, 2019; Thyrian et al., 2027). Mais de 50% de todas as mortes envolveram pessoas com 80 anos de idade ou mais. Relatórios mostram que 8 em cada 10 mortes ocorreram em indivíduos com pelo menos uma comorbidade, em particular aqueles com doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes, mas também com uma série de outras doenças crônicas subjacentes (OMS, 2021). A média de idades das mortes por covid-19 em Portugal foi de 81.4 anos (OMS, 2021).

Estudos posteriores ao surto confirmaram que o risco de infecção por COVID-19 e a mortalidade estão relacionadas com a idade avançada (Posch et al., 2020; Rajgor et al., 2020). Os idosos e indivíduos com condições médicas subjacentes graves enfrentam um maior risco de desenvolver complicações graves devido à COVID-19. As pessoas mais velhas têm maior probabilidade de apresentar sintomas graves, como febre e problemas respiratórios, em comparação com indivíduos mais jovens (Thyrian et al., 2020). No entanto, as consequências da pandemia são extensíveis aos vários domínios da vida dos idosos, sendo a saúde uma das áreas com maior destaque. Para a OMS (1948) *“a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de*

enfermidade”. A visão holística da saúde, vai muito além da saúde física, dado que a sua abrangência engloba outros domínios, nomeadamente, o bem-estar emocional, psicológico e social (Luísa, 2021). Embora tenha sido demonstrado o impacto positivo das medidas epidemiológicas e do distanciamento social na redução das infeções e no atenuar da curva pandémica, é importante reconhecer as consequências sociais e psicológicas negativas inevitáveis dessas medidas (Atzendorf & Gruber, 2021; Brooks et al., 2020). O distanciamento social emergiu como uma das principais causas da solidão, especialmente em ambientes como lares de idosos, onde se torna um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, perturbações de ansiedade e até mesmo risco suicídio (Banerjee, 2020). O isolamento social enfrentado pelos idosos é considerado um sério problema de saúde pública, devido às suas vulnerabilidades biopsicossociais (Banerjee, 2020), uma vez que a participação em atividades sociais é um estímulo importante para os idosos aumentarem os seus níveis de atividade física, melhorarem a sua função cognitiva e a qualidade de vida (Banerjee, 2020; Heidinger & Richter, 2020). Numa vertente clínica, há casos em que o distanciamento físico pode originar o isolamento social e consecutivamente levar a perdas físicas e mentais (Silva, 2020). No entanto, alguns estudos demonstraram que idosos que moram sozinhos não sentiram tanto impacto das medidas de segurança da mesma forma que alguns idosos que viviam com pelo menos mais uma pessoa, possivelmente, por estarem mais habituados a estar sozinhos. Também foi demonstrado que estar sozinho não é o mesmo que solidão, uma vez que uma pessoa pode sentir-se sozinha mesmo quando rodeada por outras pessoas, ou mesmo, uma pessoa pode gostar de estar sozinha sem se sentir só, tendo-se tornado mais resilientes durante as medidas de segurança (Hawkley & Cacioppo, 2010; Heidinger & Richter, 2020; Perissinotto et al., 2012).

Após o surto pandémico, foram realizados vários estudos a nível mundial, abrangendo populações norte-americanas, europeias e chinesas que indicaram que a população idosa é mais propensa a desenvolver problemas de saúde mental como sintomatologia ansiosa, depressão, *stress* e deterioração da qualidade do sono (De Pue et al., 2021; Stanton et al., 2020), muitas vezes agravada por condições médicas pré-existentes (Wang et al., 2023) em comparação com o período anterior à pandemia (Krendl & Perry, 2020; Atzendorf & Gruber, 2021). A alta prevalência de sintomas depressivos entre os idosos pode ser atribuída a fatores como isolamento social, comorbilidades múltiplas, condições de vida desafiadoras, incluindo a solidão. Por sua vez, a ansiedade é mais comum entre os idosos devido a precauções rigorosas de distanciamento social, maior vulnerabilidade à COVID-19 e uma maior incidência de problemas de saúde subjacentes (Wang et al., 2023). Brooks et al. (2020), associam também a perda de conexão direta com os prestadores de cuidados de saúde habituais, devido à incapacidade de realizar interações pessoais, como um fator potenciador do aumento do sofrimento e ansiedade dos idosos, uma vez que estavam habituados à sua presença. O impacto da pandemia na saúde mental revela-se negativo a longo prazo. As medidas rigorosas decretadas pelo governo para conter a propagação da pandemia, a política de confinamento,

o isolamento social, o desemprego e a situação económica que lhe estão associados podem influenciar o estado mental dos indivíduos (Le et al., 2021).

Dados do Inquérito Europeu sobre Entrevistas de Saúde (EHIS) revelaram que Portugal é um dos países europeus com níveis mais baixos de satisfação com a saúde entre a população idosa e uma das taxas mais elevadas de sintomas depressivos em pessoas com mais de 65 anos (União Europeia, 2020).

A pandemia destacou a necessidade urgente de priorizar a saúde mental em todas as áreas, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (UN, 2022). A literatura tem vindo a reconhecer que as relações sociais e o apoio social são de extrema importância para a saúde mental, particularmente em idades avançadas (Antonucci et al., 2014). Portanto, é essencial manter um foco contínuo na saúde mental dos idosos após o surto de COVID-19, bem como durante o período pós-pandemia.

É possível que a interação social através de meios alternativos, como chamadas telefónicas e videochamadas, possam ter desempenhado um papel importante em mitigar os efeitos negativos do isolamento durante a pandemia (Heidinger & Richter, 2020). No entanto, a maioria dos idosos não se sente à vontade com smartphones, tecnologias ou com a linguagem das redes sociais (Banerjee, 2020). Autores como Velho e Herédia (2020) referem que nas primeiras semanas de isolamento, os sentimentos evidenciavam as dificuldades acerca da mudança de hábitos, dos impactos diretos do isolamento nos idosos, onde se destaca a redução do contato com outras pessoas e o aumento do uso das tecnologias. A perceção de suporte social pelos idosos, foi primordialmente mediado pela tecnologia e também na convivência ambiental (Zanatta, C. et al., 2021). As tecnologias e redes sociais foram e são relevantes, no que toca à amenização do isolamento dos idosos, pois, para além de se revelarem uma forma de ocupar o tempo livre, também permitem estabelecer relações com os familiares e amigos (Assessoria, 2020; Vieira, 2020).

O isolamento social e a quarentena alteraram consideravelmente o estilo de vida dos idosos, reduzindo a interação social, o que afetou negativamente a sua saúde física e mental. Manter um estilo de vida ativo é crucial, especialmente para aqueles com doenças crónicas, e a OMS enfatiza a necessidade de proteger e apoiar os idosos (Silişteanu, 2022). Torna-se crucial preservar a autonomia, a independência de movimentos e a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Silişteanu & Covasa, 2015). O sedentarismo e a inatividade física podem, ao longo do tempo, levar à redução da capacidade de locomoção, comprometimento da mobilidade, problemas neurocognitivos e afetar as atividades de vida diária (Sagarra-Romero & Viñas-Barros, 2020). Neste sentido, a atividade física desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida e desempenha um impacto positivo na saúde mental, diminuindo a ansiedade, o *stress*, a irritabilidade e as dificuldades com o sono (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). É recomendado que os idosos procurem manter-se ativos dentro das limitações, procurem mudar os seus hábitos de vida para alternativas mais saudáveis, nomeadamente, a prática de exercício físico e a alimentação saudável, recorram a tecnologias etc. (Banskota et al., 2020; DiGiovanni et al., 2020; Ransing et al., 2020). É

importante também reduzir a exposição dos idosos aos media, limitando a exposição a notícias traumáticas (Doraiswamy et al., 2020; Silişteanu, 2022).

Para além do impacto do COVID-19 na saúde física e mental nos idosos, incluindo a presença de sintomas psicológicos, redução das interações sociais, agravamento do preconceito relacionado à idade e piora das condições físicas (Lebrasseur et al., 2021), deu-se também uma transformação notável da mobilidade da forma como a conhecíamos (Honey-Rosés et al., 2020). A mobilidade por si só, sendo a capacidade de se deslocar entre diferentes lugares de forma independente e com segurança, diminui naturalmente com o avançar da idade (Rantakokko et al., 2013). Esta constitui-se como um pré-requisito para a manutenção da independência funcional, mas também como uma parte fundamental da qualidade de vida do indivíduo (Schwanen e Páez, 2010). A manutenção da mobilidade é fundamental para o envelhecimento ativo (World Organização da Saúde, 2007). Existem diferentes determinantes relacionados à mobilidade (Felipe, 2021):

- Físicos – Dizem respeito à componente física, a funções de marcha, equilíbrio, força e contribuem como para a execução dos movimentos na realização das atividades quotidianas. Um melhor desempenho, por exemplo na força muscular ou na funcionalidade dos membros inferiores, possibilita uma maior mobilidade dos idosos nos espaços físicos;
- Cognitivos - Dizem respeito à determinante cognitiva, a mudanças na memória, atenção e orientação relacionadas com a idade. A regulação do equilíbrio ou a velocidade de processamento também vão declinando com a idade, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de *déficits* funcionais significativos;
- Psicossociais – Dizem respeito a fatores psicossociais que também afetam a mobilidade dos idosos a partir de sentimentos de inutilidade, incapacidade para realização de atividades quotidianas, frustrações, etc., que, por sua vez, reduzem a energia e disposição para se movimentarem. Por outro lado, existem alguns fatores protetores que contribuem para a facilitação da mobilidade nas atividades diárias e promoção da independência dos idosos, tais como, o suporte social, resiliência e autoeficácia.
- Ambientais - Dizem respeito ao ambiente e exercem um papel fundamental na mobilidade de idosos ao melhorar a acessibilidade, participação social, independência e bem-estar. Um ambiente fisicamente seguro e que contemple as várias formas de deslocação e transporte (a pé, bicicleta, automóvel, autocarro, etc.) possibilita uma mobilidade mais eficaz e favorece a prática de atividade física. Idosos que identifiquem o ambiente onde vivem como inseguro (falta de segurança, poucos locais para sentar, poluição, má iluminação e calçadas estreitas/mal conservadas) possuem maior dificuldade de sair de casa para se movimentar (Liu et al., 2021).

A literatura aponta que a redução na mobilidade nos idosos relaciona-se diretamente com a diminuição da adaptação fisiológica a condições normais e do envolvimento em atividades que relacionadas com interações sociais, influenciando assim qualidade de vida dos idosos e a sua saúde

mental [maior risco de solidão e depressão (Demura & Sato, 2003)] (Yeom et al., 2008). Neste sentido, o desenvolvimento social no domínio dos transportes com vista à melhoria da mobilidade dos idosos é uma prioridade de forma a garantir o seu envolvimento na vida cívica, atividades comunitárias e interações sociais (Liu et al., 2021). O acesso à comunidade favorece a construção de laços com a vizinhança e o desenvolvimento de redes sociais, principalmente em classes sociais específicas, e expande dessa forma, a mobilidade nos espaços de vida. No entanto, durante a pandemia, as restrições de circulação para os idosos foram rigorosas de forma a controlar a difusão do vírus. Estas restrições acabaram por impactar negativamente na vida dos idosos: restringiram a mobilidade nos espaços de vida dos idosos, ditaram o isolamento de aldeias (Song et al., 2020), diminuíram as oportunidades de atividade física, aumentaram o sedentarismo, o que pode levar a limitações funcionais persistentes (Felipe, 2021).

Estudos demonstraram que idosos que ficaram confinados em casa apresentaram significativamente maior declínio na sua saúde mental e mais incapacidades funcionais do que aqueles que saíram com maior frequência (Felipe, 2021).

Em Portugal, os idosos com mais de 70 anos foram submetidos a restrições especiais, incluindo a limitação e desencorajamento de viagens essenciais que resultaram em efeitos adversos não intencionais, como o aumento da solidão, isolamento social e insegurança financeira devido a perdas de emprego, etc. (Monahan et al., 2020; Naughton, 2022).

A identificação do impacto das medidas de restrição de contacto na mobilidade dos idosos é essencial para estabelecer medidas atualizadas que possam minimizar as repercussões negativas da pandemia de COVID-19 nos idosos. Além disso, permite uma análise do efeito da pandemia na mobilidade dos idosos, o que pode promover a elaboração de estratégias e ações de prevenção, manutenção e reabilitação que viabilizem o seu envelhecimento saudável para outras possíveis emergências globais futuras (Felipe, 2021).

A pandemia de COVID-19 teve um impacto abrangente em diferentes aspetos de mudanças demográficas, nomeadamente, a mortalidade e a migração. O impacto da pandemia impulsionou que a esperança média de vida global à nascença diminuiu para 71,0 anos em 2021, em comparação com os 72,8 anos de 2019. Estas diferenças também se fizeram notar entre regiões e países, como por exemplo na Ásia Central, Meridional, América Latina e no Caribe, a esperança média de vida diminuiu quase três anos entre 2019 e 2021, enquanto que na Austrália e na Nova Zelândia aumentou 1,2 anos devido a menores riscos de mortalidade para algumas causas durante a pandemia (UN, 2022). Ainda, a pandemia da COVID-19 veio restringir severamente a mobilidade humana, incluindo a migração internacional (UN, 2022).

Desta forma, é possível concluir que a pandemia enfatizou a importância de fortalecer a área da saúde, desenvolvendo sistemas de saúde mais resilientes com capacidade de gerir os efeitos adversos da pandemia, desenvolver novos modelos de cuidados centrados nas necessidades dos indivíduos, garantir a sustentabilidade dos serviços de saúde e preparar-se para enfrentar futuras emergências de

saúde (UN, 2022). Além disso, a pandemia realçou as disparidades sociais e de saúde, que afetaram grupos que já enfrentavam carências de recursos sociais e económicos, isolamento, solidão ou vulnerabilidades de saúde (pobreza, exclusão social, idosos, migrantes, etc.) (UN, 2022).

A maioria dos estudos publicados sobre os efeitos psicológicos da COVID-19 nos idosos tiveram uma abordagem transversal, focando-se no surto inicial no período pós-pandémico (García-Fernandez et al., 2020; Gorrochategi et al., 2020). Até à data não foram realizados muitos estudos que avaliem o impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental dos idosos (Banerjee, 2020). Desta forma, torna-se pertinente que sejam elaboradas mais pesquisas sobre esta temática (Wang et al., 2023).

3. Materiais e métodos

3.1 Área de estudo

As áreas de estudo determinadas para este estudo surgiram no âmbito do projeto *Grampcity*, “*Moving Smartly Towards Accessible and Inclusive Urban Environments for our Elders*”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia ⁸, em parte porque diz respeito às áreas de onde são as instituições coordenadoras e parceiras do projeto – Lisboa, Coimbra, Faro e Aveiro - bem como, pelo posicionamento, heterogeneidade ou homogeneidade e dinâmicas urbanas e sociais que estas quatro áreas urbanas evidenciam. Tornou-se relevante o estudo à escala local regional e nacional destes quatro territórios urbanos selecionados, a fim de se obter pontes e contrastes entre os mesmos. As áreas de estudo abrangem uma variedade de contextos urbanos: a principal área metropolitana do país (Lisboa), uma cidade em declínio demográfico (Coimbra), uma cidade dinâmica localizada na periferia de outra área metropolitana (Aveiro), e uma cidade do sul onde a atratividade turística contrasta com níveis mais elevados de pobreza (Faro). É notório um facto comum a todas estas cidades: o envelhecimento da população sobressai à existência de jovens.

No ano de 2021 a cidade de Lisboa contava com cerca de 545 mil habitantes, assumindo-se como a principal cidade do país. Coimbra com 140 mil pessoas, e Faro e Aveiro conta com menos expressão no número total de população residente que as duas anteriores (de acordo com a figura 17 e tabela 1).

⁸ “Este projeto, através de uma estratégia multimétodo, pretende aprofundar o conhecimento da mobilidade das pessoas mais velhas em quatro áreas urbanas portuguesas: Faro, Coimbra, Aveiro e Lisboa. Num mundo cada vez mais urbano e globalizado, e também mais envelhecido, é de grande importância perceber como é que as pessoas mais velhas, que residem em cidades, se deslocam no seu dia-a-dia, quais as suas necessidades e aspirações, como acedem aos recursos e oportunidades, e que dificuldades sentem” (baseado em Grampcity, 2020).

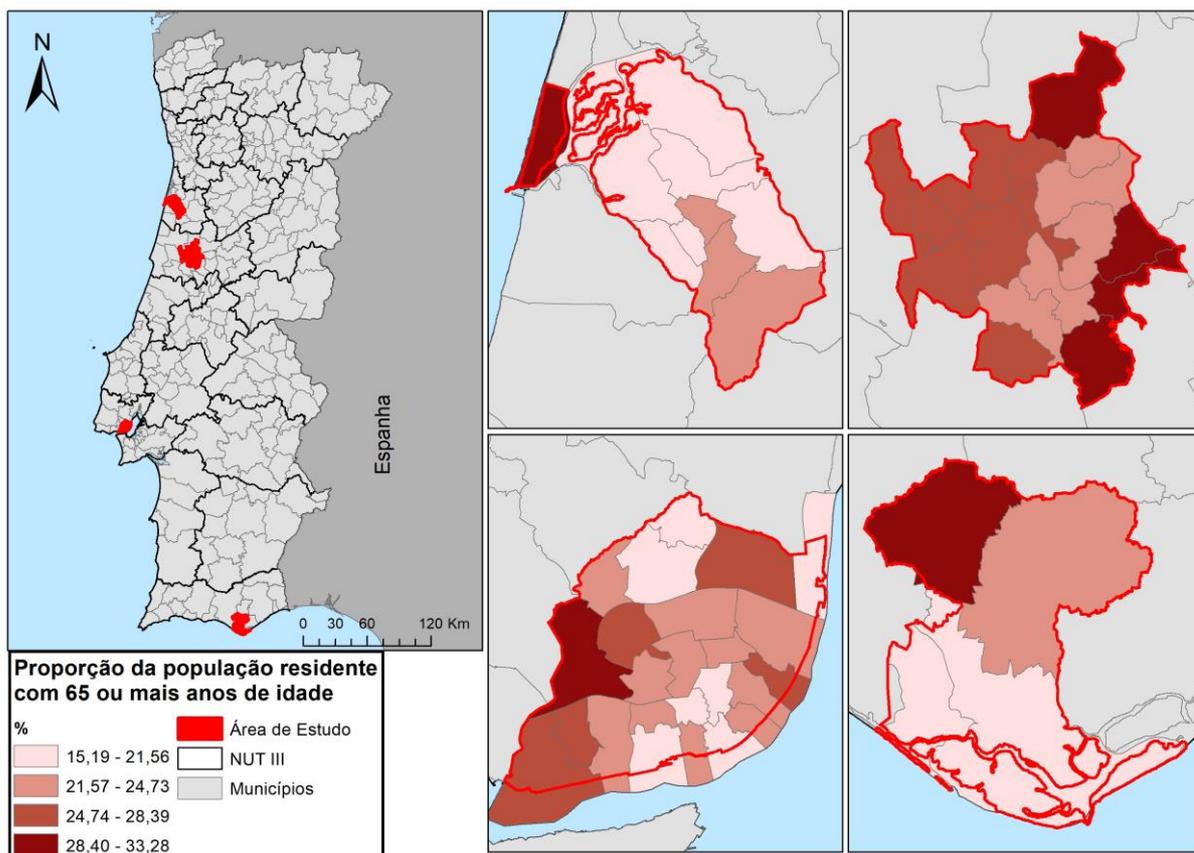


Figura 16 - Enquadramento geográfico das Áreas de Estudo (Coimbra, Faro, Lisboa, Aveiro) e proporção da população residente com 65 ou mais anos de idade por Área de Estudo; **Fonte:** Autoria própria a partir de dados disponíveis em Pordata e INE.

Segundo os Resultados dos Censos 2021, residem no Centro 2.227.577 pessoas. Na última década a região registou uma diminuição na população de 4,3%, que foi mais acentuada do que a média nacional (-2,1%), representando 21,5% do total nacional. Das sete regiões portuguesas apenas o Algarve (3,7%) e a Área Metropolitana de Lisboa (1,7%), registaram um crescimento da população (Censos 2021).

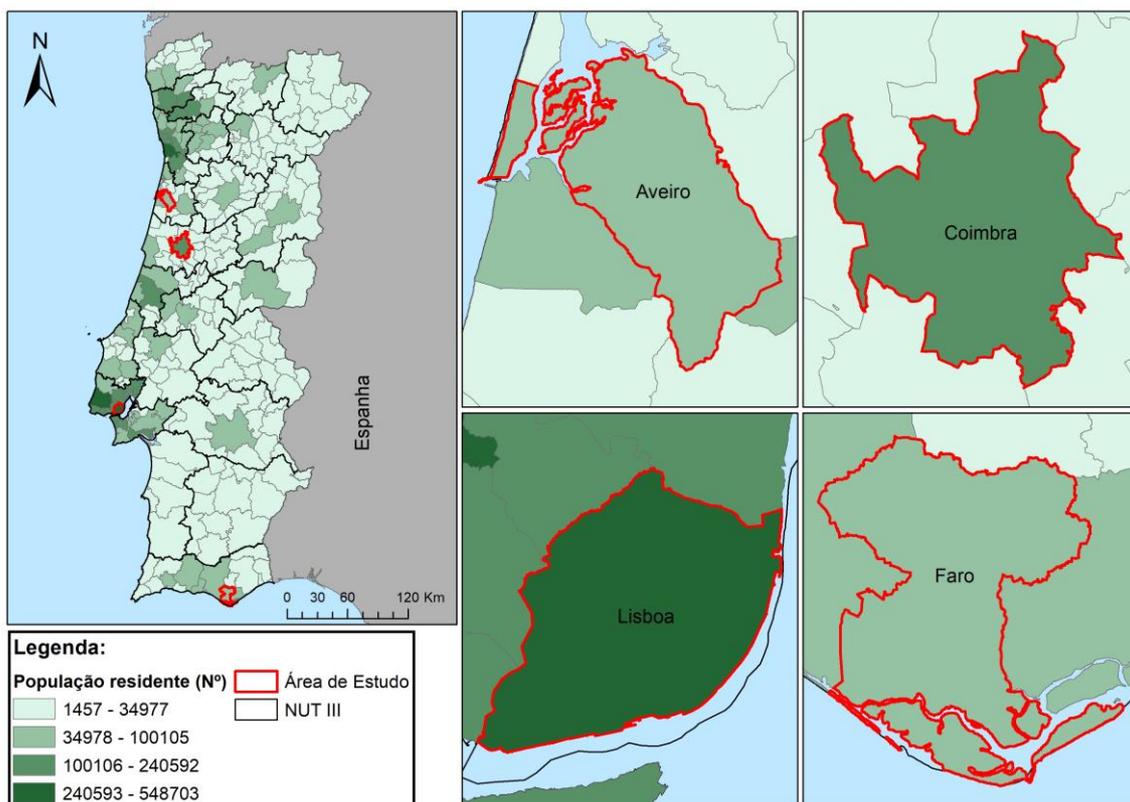


Figura 17: *População Residente nas Áreas de Estudo (2021); Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Pordata e INE.*

No conjunto das regiões Portuguesas, região Centro regista, simultaneamente o menor peso de jovens (11,8%) e o maior peso de população idosa a par com o Alentejo (27,0%) (CCDRC 2021).

A análise municipal do índice de envelhecimento evidencia uma vez mais a dicotomia entre o litoral e o interior, que concentra os territórios mais envelhecidos, e revela uma região globalmente envelhecida, sem nenhum município com mais jovens do que idosos, e que envelhece a um ritmo cada vez mais rápido.

Tabela 1: *Evolução da População Residente em Portugal e nas Áreas de Estudo 1960-2021; Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Pordata.*

	População Residente (total)		Var. %
Ano	1960	2021	
Portugal	8 889 392	10 343 066	16,35%
Lisboa	802 230	545 796	-31,9%
Coimbra	106 404	140 816	32,3%

Aveiro	46 055	80 954	72,7%
Faro	35 651	67 622	89,6%

O envelhecimento distribui-se de diferentes formas e intensidades nestas quatro áreas urbanas. Como referido anteriormente, a zona do centro do país é por sinal a mais envelhecida ⁹. Em Portugal, segundo o INE (2022), existem 185,6 idosos (pessoas com 65 e mais anos) por cada 100 jovens, o que significa que Portugal é um país envelhecido. Em Coimbra este número aumenta consideravelmente: são 219 idosos por cada 100 jovens. Em Lisboa o índice de envelhecimento ronda os 173,7, em Aveiro 166,8 e por fim na cidade de Faro registam-se 161,9 idosos por cada 100 jovens – valor inferior à média nacional e por consequente a considerar a cidade de Faro como a área de estudo menos envelhecida destas quatro (tabela 2).

É em Aveiro que se espera viver mais anos à nascença: 81 anos e 4 meses (INE). Todavia, a população da cidade de Faro espera viver menos 3 anos à nascença do que a população de Aveiro. É, também em Faro onde se verifica a menor proporção de idosos por jovens. Na capital do país, em 2022 espera-se viver com maior longevidade em relação às outras áreas urbanas analisadas, segundo os dados constados na tabela 2.

A partir dos 65 anos de idade, espera-se viver mais 19 anos, de forma mais ou menos semelhante nas áreas de estudo consideradas.

Tabela 2: *Indicadores de Envelhecimento em Portugal e nas Áreas de Estudo; Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Pordata.*

	Esperança de vida à nascença	Esperança de vida aos 65 anos	Índice de Envelhecimento	Índice de Longevidade
Anos	2019-2021	2019-2021	2022	2022
Portugal	80,72	19,35	185,6	48,7
Lisboa	80,75	19,6	173,7	54
Coimbra	81,12	19,78	219	49
Aveiro	81,44	19,77	166,8	46,8
Faro	79,78	19,21	161,9	48,1

Para se identificar o nível de vida nas áreas de estudo recorreu-se a dois tipos de indicadores. Um primeiro, baseado no montante do ganho médio mensal dos indivíduos. Um segundo, baseado na taxa de desemprego por si só. Na nossa sociedade, tendencialmente terciarizada, predominam os

⁹ O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens. (INE)

trabalhadores por conta de outrem, motivo pelo qual escolhemos esta parcela da população ativa para abordarmos o indicador em apreço.

Assim, no que diz respeito à esfera económica, o ganho médio mensal da população residente em Lisboa é de 1752 euros. Ao passo que, em Coimbra é de 1265 euros em média. A taxa de desemprego no ano de 2021 em Portugal era de 8,1 %. Os municípios de Coimbra e Aveiro contrariavam esses dados, 6,3 e 5,7 respetivamente. Em Faro, o desemprego era cerca de 8% e o ganho mensal situava-se nos 1257 euros (tabela 3).

Tabela 3: *Indicadores Económicos em Portugal e nas Áreas de Estudo; Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Pordata.*

	Taxa de Desemprego (%)	Ganho médio mensal (€)
Ano	2021	2021
Portugal	8,1	1289,5
Lisboa	8,4	1752
Coimbra	6,3	1265,5
Aveiro	5,7	1315,8
Faro	8,8	1257,8

A Área Metropolitana de Lisboa (AML) é composta por dezoito municípios, estando nove localizados a norte e os restantes nove localizados a sul do Tejo (Figura 16).

Lisboa é Capital de um país e centro de uma região Metropolitana com uma população de 2,9 milhões de habitantes (INE). Cidade com assumido papel estratégico para o país, vê diariamente o número dos seus utilizadores crescer em mais 70%, fruto dos movimentos pendulares casa-trabalho e casa-escola. Depois de uma perda populacional que ao longo das últimas 5 décadas ascendeu a 257 mil habitantes (cerca de 1/3 da sua população), Lisboa viu a sua população estabilizar ao longo da primeira década de 2000 (registando um claro abrandamento do ritmo da perda demográfica, face às décadas anteriores, perdendo apenas 3% da população na última década), assistindo-se a um acréscimo do número de famílias e a sinais de começar a rejuvenescer, crescendo a proporção de jovens residentes. Atualmente volta a ser intensa a pressão para a perda demográfica, a nível nacional, fator que pode fazer reverter a tendência registada, levando a cidade a voltar a perder população. É na Área Metropolitana de Lisboa que se localizam os centros de decisão económica do País, a qual representa cerca de 36% do PIB nacional e emprega cerca de 1.417 mil pessoas (29% do emprego do país), manifestando uma produtividade aparente do trabalho 1,2 vezes superior à do país (INE; Pordata; Câmara Municipal de Lisboa, 2023).

Coimbra, é hoje uma cidade média à escala nacional, sendo considerada a “capital” do Centro de Portugal (CIM, 2020). Em termos territoriais e administrativos, é a principal cidade da Região Centro

de Portugal, NUT II, com cerca de 319 Km²; está situada na NUT III Região de Coimbra e confronta, a Norte com a Região de Aveiro e Viseu Dão–Lafões, a Este com Beiras e Serra da Estrela, a Sul com a Beira Baixa e Região de Leiria e a Oeste com o Oceano Atlântico.

Tratando-se de uma região que abrange dezanove municípios é inevitavelmente uma região muito heterogénea, sendo esta heterogeneidade perceptível tanto ao nível das características da população (população residente, densidade populacional, estrutura etária e nível de escolaridade), como ao nível dos perfis da região litoral versus interior e rural versus urbano.

É uma cidade valorizada, enaltecida e potencializada estrategicamente, também devido ao facto de ser banhada pelo Rio Mondego, que atravessa o município em questão, encontrando-se localizada a cerca de duas horas de Lisboa, e uma hora de distância do Porto.

Ao nível da escolaridade e ao nível académico, o Município de Coimbra assume-se como uma cidade com grande parte da população como possuidora de níveis de escolaridade altos, sendo uma cidade com grande proporção de população com ensino superior (População com 15 e mais anos por nível de escolaridade /População residente com 15 e mais anos), neste caso de 26,6%, mais 13% em relação à média nacional, (13,8 %) e 26,6%, em 2011. (INE). Cerca de 30,1% da população residente em 2021 tinha alcançado o Ensino Superior. Em 1960, apenas 1% da população residente nesse ano em Coimbra tinha tirado um curso (tabela 5).

A Taxa de abandono escolar situa-se nos 1,70%, (média nacional), contudo, Coimbra apresenta uma percentagem mais reduzida, apresentando por sua vez 1,05 % de taxa de abandono escolar (INE). Verificamos também que, no concelho de Coimbra existe uma grande percentagem de recém-nascidos com mães com nível de ensino superior concluído (CIM), o que nos indica desde logo, que o nível de escolaridade para o sexo feminino, pelo menos, ao longo de todos os níveis de ensino é particularmente alto. 50,3% dos recém-nascidos têm mães com nível de ensino superior, valor particularmente alta em relação à média nacional, (41,9%) (CIM). O ensino universal e tendencialmente gratuito fez com que as taxas de abandono escolar e percentagem de indivíduos sem nível de escolaridade fosse reduzida de forma muito considerável desde a década de 60 para os tempos atuais. Como verificamos na tabela 4 em 1960 cerca de 57,3% da população não tinha qualquer qualificação. Em 2021, apenas 5,1% das pessoas não tinha estudado.

Tabela 4: *População em Portugal e nas Áreas de Estudo Sem Nível de Escolaridade; Fonte:* *Elaboração própria a partir de dados do Pordata.*

Ano	Sem nível de Escolaridade %	
	1960	2021
Portugal	57,3	5,1
Lisboa	43,5	3,7
Coimbra	50,4	3,4

Aveiro	53,4	3,3
Faro	55,7	4,5

Tabela 5: *Nível de Ensino em Portugal e nas Áreas de Estudo em 1960 e 2021; Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Pordata.*

Ano	Básico 1º Ciclo %		Ensino Superior %	
	1960	2021	1960	2021
Portugal	25,6	19,4	0,55	17,24
Lisboa	36,4	11,5	2,52	35,82
Coimbra	30,2	15,0	1,59	30,11
Aveiro	26,6	15,4	0,87	24,54
Faro	29,0	14,1	0,71	21,84

Também, ao nível de recursos de saúde, o concelho é reconhecido como tendo um dos maiores hospitais de Portugal, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Relativamente à densidade populacional do município, Coimbra, possui cerca de 419,1 habitantes (Pordata, 2022).

O Concelho de Aveiro, sede do distrito de Aveiro e parte integrante da região de Aveiro, registava em 2022, segundo os resultados provisórios dos Censos, um total de população residente de 80 954 indivíduos (tabela 1), o que representa um aumento de 3,1% (mais 2 528 pessoas) - Aveiro é uma das capitais de distrito da região Centro que mais cresceu em população, pois segundo o INE, apenas 13 dos 100 municípios desta região ganharam população, ainda que sempre abaixo dos 5%, e quase todos se encontram localizados na faixa litoral. Para além de Aveiro, também Ílhavo (+1,7 %), Oliveira do Bairro (+0,5%), S. João da Madeira (+2,1 %) e Vagos (+0,2%) são municípios que ganharam residentes. A densidade populacional do território era, segundo os resultados provisórios dos Censos, em 2021, de 409,8 hab/km².

Quanto à análise da população residente no Concelho por grupo etário e género, é de registar um decréscimo de 931 crianças/jovens, 0-14 anos, em 2021. Quanto à população dos 15 aos 64 anos, em idade ativa, também se verifica uma diminuição (dos 15 aos 24 anos de 125 jovens, e dos 25 aos 64 anos de 154 indivíduos), representando este grupo etário, de população em idade ativa, 56% sobre o total da população residente, em 2021. Quanto ao Índice de Longevidade¹⁰, (indicador que determina o número de pessoas com 75 e mais anos existem por cada 100 idosos), em Aveiro existiam cerca de 46 pessoas com 75 e mais anos por cada 100 idosos. Sendo que, Lisboa, era a área de estudo com

¹⁰ Relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inativas do ponto de vista económico (65 e mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) (PORDATA).

maior número de “mais idosos” dentro do grupo da população idosa: 54 idosos com 75 ou mais anos por cada 100 idosos; No caso de Coimbra, contabilizavam-se cerca de 46 pessoas com 75 ou mais anos por cada 100 idosos, e em Faro, cerca de 48 – Índice de Longevidade (tabela 2).

Aveiro entre 2019 e 2021 foi a cidade das quatro áreas de estudo com maior esperança de vida à nascença (81,44 anos), de seguida Coimbra com 81,44 esperados à nascença, Lisboa (80,75) e por fim a cidade de Faro, com cerca de 79,78 anos esperados à nascença. Todavia, é em Coimbra onde os idosos esperam viver mais, em média, a partir dos 65 anos de idade – cerca de 19,78 anos. De seguida, Aveiro, Lisboa e Faro (19,21) com média inferior à média nacional (19,35) (tabela 2).

Relativamente à população com 65 e mais anos, e em todos os anos desta última década, verifica-se um aumento continuado neste grupo etário, que representa já 22% da população residente no concelho. De 2011 para 2021, houve um aumento de 3745 indivíduos com 65 e mais anos. O aumento do número de idosos, a diminuição do número de jovens e da população em idade ativa são indicadores que refletem um duplo envelhecimento demográfico da população do Concelho (Diagnostico Social Aveiro 2022-2024).

É notório o gradual e continuado envelhecimento da população, que se reflete num índice de envelhecimento que cresceu de 139 idosos, em 2017, para 166 idosos, em 2022 (tabela 2), para cada 100 jovens com menos de 15 anos, sendo o número de idosos sempre superior ao número de jovens no Concelho desde 2007. Em Aveiro espera-se viver cerca de 81 anos à nascença, segundo os dados mais recentes (tabela 2).

No que diz respeito à área urbana mais a sul, Faro, como se refere no Diagnóstico Social da Região Algarve, verifica-se que a região apresenta um crescimento populacional desde os anos 80 mas esse processo foi interrompido em 2011. De acordo com as estimativas anuais da população residente a tendência para o decréscimo populacional manteve-se nos anos mais recentes. No entanto, os dados do Censo de 2021 revelam uma nova inversão de tal tendência, dando conta de um crescimento de +3,7% na população residente na Região. A população residente no Algarve em 2021 era de 467 495 pessoas (226 628 homens e 240 867 mulheres) representa aproximadamente 4% da área total da região do Algarve e tem uma população residente de 64.560 habitantes, o que representa 14,1% da população residente no Algarve. O concelho de Faro situa-se na zona do sotavento, a Sul da Região do Algarve (NUTS II Algarve), que se encontra contornada a Sul e a Oeste pelo Oceano Atlântico. O concelho de Faro tem contiguidade a Norte com o concelho de S. Brás de Alportel, a Oeste com o de Loulé, a Este com o de Olhão e a Sul com a Ria Formosa. É atravessado por um troço da Via do Infante (A22) e pela Estrada Nacional 125, que constituem as principais vias inter-regionais estruturantes da região (Câmara Municipal de Faro, 2021).

Comparando o ano de 2000 com o ano de 2021, os trabalhadores por conta de outrem, no concelho de Faro auferiam uma média mensal de 1.227,97 euros (tabela 3), superior à média mensal de 1.070,96 euros, o que corrobora a superioridade do nível de vida registado no ponto anterior. Este valor foi superior cerca de 60% ao observado no ano de 2000.

Outra dimensão incontornável das dinâmicas demográficas em Portugal, e concretamente na Região Algarve, é o envelhecimento da população, devido não só a uma diminuição estrutural da natalidade mas também ao aumento da esperança de vida. A este nível, importa enunciar algumas questões associadas ao atual processo do envelhecimento que devem ser tidas em conta na definição de medidas de política:

- A diversidade cultural que atravessa o fenómeno do envelhecimento, em particular no Algarve, e que se expressa pela presença de grupos de uma população estrangeira envelhecida que começa a procurar os serviços de apoio social (Câmara Municipal de Faro, 2021). Por outro lado, nas próximas gerações de pessoas idosas começarão a surgir outras diversidades que decorrem de alterações legislativas, por um lado, e por outro da emergência de novos modos de vida (a título de exemplo, o surgimento de casais do mesmo sexo).
- O aumento dos níveis de escolaridade da população mais velha que terá necessariamente repercussões ao nível das exigências de qualidade dos serviços prestados pelas organizações de apoio a pessoas idosas, no tipo de serviços e atividades desenvolvidas.

O alargamento do topo da pirâmide demográfica do Algarve é acompanhado por um estreitamento da importância de grupos jovens em idade ativa (entre 2011 e 2020 regista-se, na região, um decréscimo de 23% no número de residentes com idades entre os 20 e os 34 anos). Tal facto é revelador das dificuldades da região na atração e fixação desta camada populacional indispensável não só ao equilíbrio demográfico como à dinamização da economia.

Como já foi referido, o perfil sociodemográfico de uma população não é alheio às dinâmicas demográficas decorrentes dos fluxos de imigração. Na região Algarve fatores como a escassez de mão-de-obra em certos setores (nomeadamente construção civil, hotelaria e restauração) foram determinantes, em alguns períodos, para a atração e fixação de uma população estrangeira na região. Por outro lado, o clima, as condições de segurança e a beleza natural da região, terão favorecido a instalação de outros grupos de pessoas estrangeiras que não migrantes por razões económicas (Plano de Desenvolvimento Social Supraconcelhio do Algarve 2022-2027).

3.2 Participantes

3.2.1 Tipo de amostra e recrutamento dos participantes

A amostra para este estudo foi determinada previamente a partir de um limite e espectro de grupo de idades. Estabeleceu-se como critério de inclusão no estudo: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, a residir na comunidade (não institucionalizados).

Deste modo, a tipologia de amostra para este estudo revelou-se, impreterivelmente, destinada unicamente a indivíduos que atendessem este critério mencionado da idade, ou seja, o método de seleção de participantes ou elementos para este estudo de pesquisa seria localizado e focado, desde

início, num grupo de indivíduos que possuam as características desejadas e com base na disponibilidade, acessibilidade ou conveniência dos mesmos. Deste modo, por meio do método de amostragem por conveniência - (“A amostragem por conveniência, é um método de seleção de participantes ou elementos para um estudo de pesquisa com base na disponibilidade, acessibilidade ou conveniência dos mesmos. Nesse tipo de amostragem, os pesquisadores selecionam os elementos que são mais fáceis de alcançar, frequentemente escolhendo aqueles que estão ao alcance imediato, em vez de seguir um processo rigoroso de seleção aleatória”); A principal característica da aceitação por tolerante é que ela não segue os princípios da aleatoriedade, o que pode introduzir vieses e restringir nos resultados do estudo” (Vieira, M, 2008) - (baseada numa amostra na qual participei num estudo anterior ligado ao mesmo projeto), e, através da amostragem “bola-de-neve”¹¹, trinta participantes foram recrutados em quatro centros urbanos: Aveiro (7), Coimbra (8), Lisboa (8) e Faro (7). Numa primeira fase, a amostragem “efeito bola-de-neve” foi a mais utilizada, sendo que posteriormente numa fase mais avançada o tipo de técnica recorrida foi a amostragem por conveniência, na fase em que a base de dados era alargada e se realizaram entrevistas a conhecidos/amigos de terceiros. Dado que devido a cancelamentos ou imprevistos espontâneos e pontuais por parte dos entrevistados, este método revelou-se como o mais eficaz e assertivo na fase final das entrevistas. *“Neste tipo de amostra, os elementos são escolhidos, porque se encontram onde os dados estão a ser recolhidos – a sua participação, no estudo, é como que “acidental; (...) Inquirido a amigos e conhecidos;”* (Vieira, 2008).

No que concerne à recruta dos participantes, a seleção dos entrevistados decorreu dos métodos acima referidos, a partir de uma base de dados criada a propósito de um estudo anterior. Na mesma base de dados, eram indicados contactos e *e-mails* de indivíduos das áreas de estudo compreendidas para este estudo. O agendamento e seleção das entrevistas atendeu à distribuição mais equilibrada homogénea entre as quatro áreas de estudo definidas. Assim, o recrutamento dos participantes para este estudo ocorreu através do contacto via telefónico e agendamento de trinta entrevistas presenciais em Lisboa, Coimbra, Faro e Aveiro.

¹¹ “O investigador localiza, de início, um grupo de indivíduos que tenham as características desejadas, ou que consigam indicar indivíduos que as tenham. É uma forma de amostra intencional em que o investigador pede a cada indivíduo, após ser entrevistado, nomes de outros indivíduos que podem ser igualmente inquiridos. A amostra vai crescendo, como uma “bola de neve”, pois vai aumentando à medida que os respondentes identificam outros potenciais respondentes. Este tipo de amostragem é útil, sempre que se pretenda estudar pequenas populações muito específicas, mas pode originar, facilmente, resultados enviesados, porque os indivíduos tendem a indicar o nome de pessoas íntimas ou amigos, cujos comportamentos e pensamentos são similares” (Vieira, M, 2008).

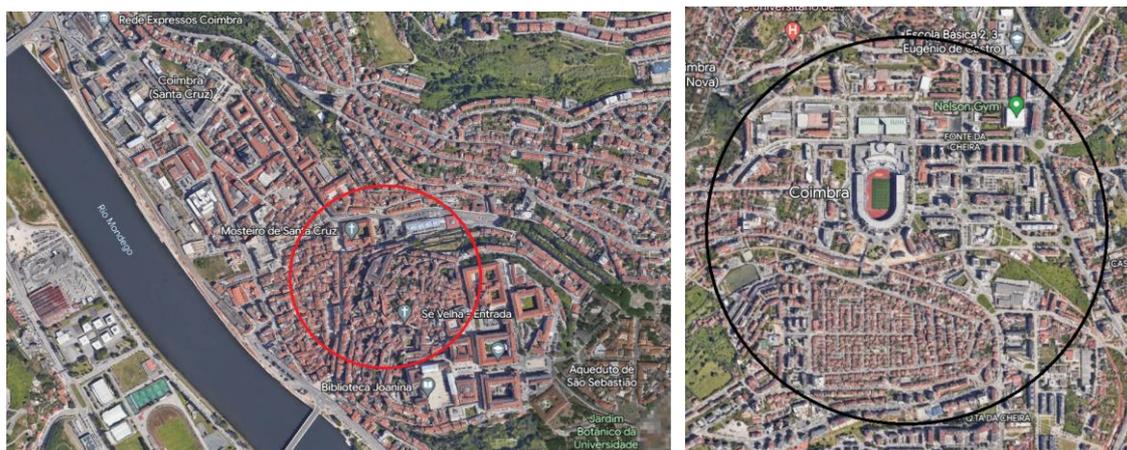


Figura 18: *Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Área de Estudo de Coimbra; Fonte: Google Earth.*

A imagem acima (figura 18), retirada do Google Earth ¹² mostra a localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Cidade de Coimbra. Alguns dos participantes foram entrevistados na zona da Alta e Baixa da Cidade (figura 18), uma área da cidade onde existem alguns problemas sociais e fragilidades económicas. Na imagem à direita é apresentada uma localização mais residencial da cidade, a zona da Solum que faz parte da Freguesia de Santo António dos Olivais. Esta é uma localização da cidade considerada como um dos lugares com mais qualidade para se morar e onde o preço por m² é mais elevado, onde se observa vários serviços de proximidade e estabelecimentos de educação.

¹² Acedido em setembro de 2023 (earth.google.com)



Figura 19 Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Área de Estudo de Aveiro; **Fonte:** Google Earth.

Na área urbana de Aveiro, uma parte das entrevistas ocorreram no centro da cidade e na área circundante ao mesmo, nomeadamente junto à estação da CP. Esta é considerada uma localização heterogénea, onde existe uma boa oferta de serviços e alguma qualidade de vida (figura 19).

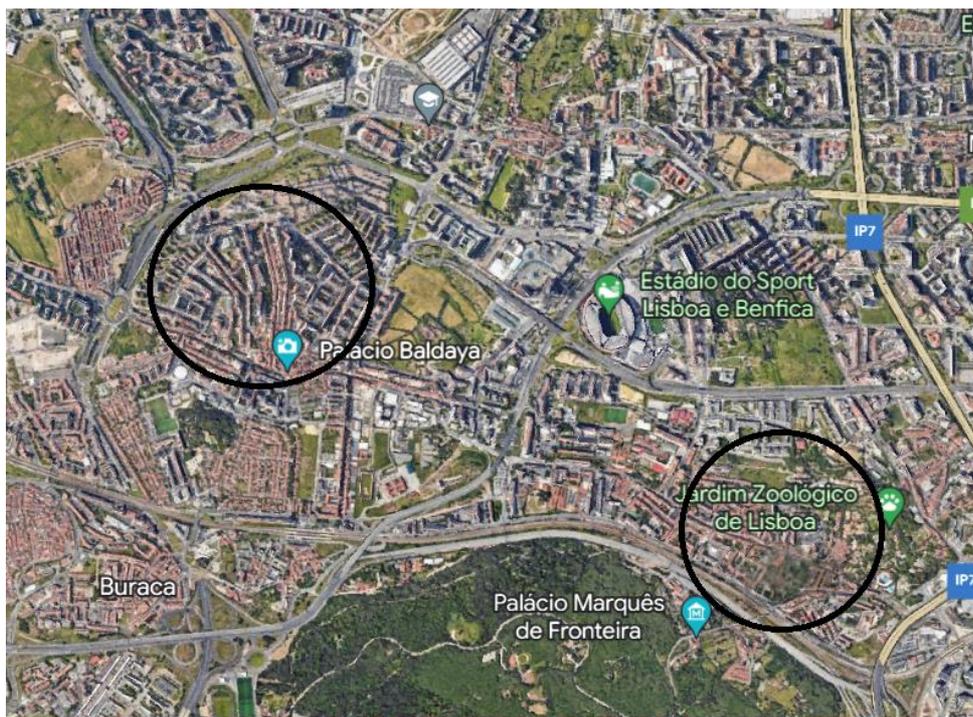


Figura 20: *Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas da Área de Estudo de Lisboa; Fonte: Google Earth.*

Em Lisboa, as entrevistas decorreram em alguns pontos da cidade. A junta de freguesia de Benfica, Sete Rios e Alcântara foram alguns dos locais onde foram elaboradas as entrevistas junto dos participantes (figura 20).

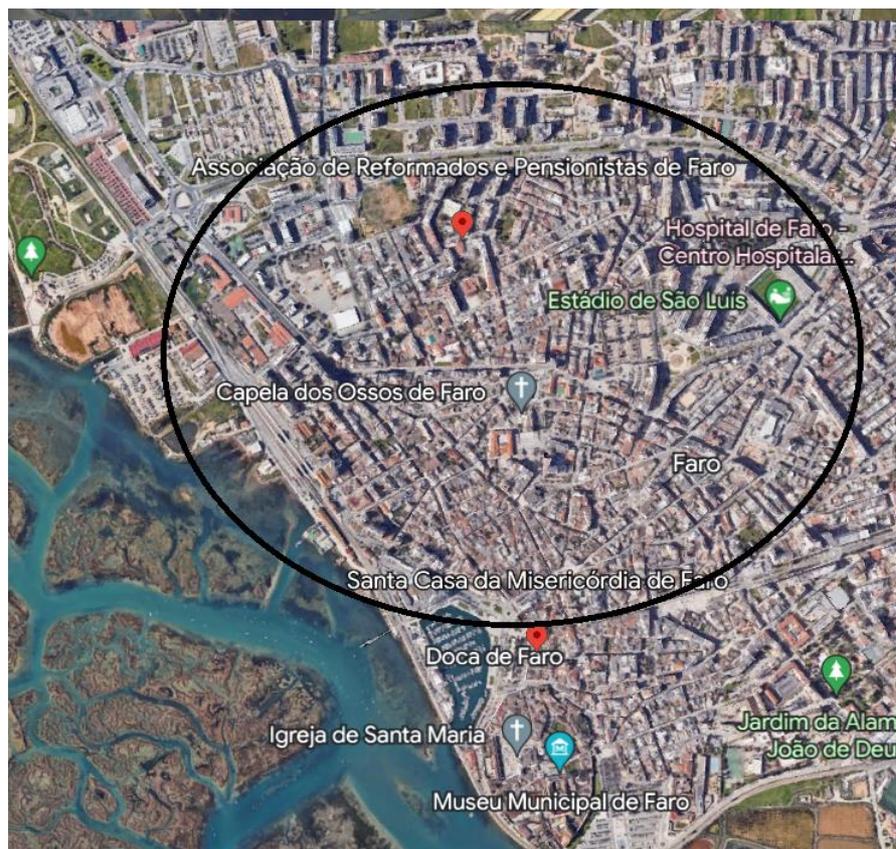


Figura 21: *Localização aproximada dos locais onde foram realizadas as entrevistas na Área de Estudo de Faro; Fonte: Google Earth.*

Na cidade de Faro, as entrevistas ocorreram igualmente no seio da área urbana da cidade. A maioria das mesmas ocorreu na Associação de Reformados e Pensionistas de Faro (ARPF), onde se disponibilizaram a dar com a maior prestabilidade os seus testemunhos. As restantes ocorreram em outras zonas da cidade na área circunscrita na figura 21.

Uma parte menor dos contactos realizados, mostraram alguma reticência quanto à ideia de serem entrevistados (35%), alguns por falta de disponibilidade, por alguma desconfiança aparente ou falta de interesse, bem como, um grupo mais restrito, pela sua condição física-mental ou receio de serem infetados. Alguns destes mostraram-se ainda indisponíveis por “falta de um espaço” conveniente para a realização da entrevista, sendo que a entrevista por meio remoto foi sempre uma alternativa oferecida a estes potenciais entrevistados.

Todavia, muitos outros contactos receberam o pedido de entrevista com considerável interesse (cerca de 65%), mostrando total colaboração, curiosidade e entusiasmo. Sendo que, alguns destes afirmaram mesmo aguardar pelo fecho do estudo e pelos seus resultados.

Relativamente aos locais onde decorreram as mesmas, na cidade de Coimbra (8)¹³ o processo decorreu maioritariamente nas residências dos próprios entrevistados, em diferentes pontos da cidade, nomeadamente em áreas centrais como a baixa e alta de Coimbra ou áreas mais nobres da cidade, como a zona da Solum. O mesmo podemos dizer que se verificou em Lisboa (8)¹⁴ com exceção de dois entrevistados que optaram por realizarmos a entrevista em espaços públicos/contexto de esplanada. No caso de Aveiro (7)¹⁵, o grosso dos participantes foram entrevistados no espaço “Laboratório de Envelhecimento” (equipamento da Câmara Municipal de Ílhavo) que nos foi disponibilizado, salvo um dos participantes desta área de Aveiro, que disponibilizou o jardim da sua residência. Em Faro (7)¹⁶, 90% das entrevistas foram realizadas – ARPI (associação dos reformados, pensionistas e idosos do concelho de Faro). As restantes aconteceram nas residências dos próprios entrevistados.

Todos os participantes receberam um documento escrito, que mostrava uma visão geral do projeto, assim como a solicitação a assinar um termo de consentimento informado (Anexo I), mencionando o carácter de confidencialidade e anonimato do mesmo. As entrevistas aconteceram entre abril e setembro de 2022.

Foi garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo pela equipa de investigação. Ainda, foi garantido o anonimato, não tendo sido registado qualquer dado de identificação. A participação do/a entrevistado/a nunca será tornada pública.

3.2.2 Características da amostra

Obtivemos testemunhos e respetivas narrativas de trinta indivíduos, sendo que destes trinta, treze são pertencentes ao sexo masculino, e dezassete ao sexo feminino (baseado na tabela 6). Apesar das especificidades exigidas por este estudo, relativamente ao (por vezes) difícil alcance/contacto da população respetiva a este grupo de idade, tentou-se realizar uma distribuição uniforme das entrevistas (n=30) por participantes do sexo feminino e masculino (17:13).

Quanto às idades, compreendidas a partir dos 60 anos como o mínimo limite de idade possível a considerar para o estudo, os participantes variaram entre 61 a 90 anos de idade, com a média de idades situada nos 74,5 anos. Importa mencionar que 47% dos entrevistados da amostra possuem idades compreendidas entre os 66 e 75 anos, tendo sido este o intervalo de idades de indivíduos que mais participou neste estudo. O grupo dos “mais idosos” a partir dos 76 anos contribuíram igualmente com uma considerável participação no estudo (cerca de 47% do total). O participante mais novo foi um participante do sexo feminino (61 anos), e, a participação com idade mais idosa conta com 90

¹³ Número de entrevistas realizadas na área urbana de Coimbra;

¹⁴ Número de entrevistas realizadas na área de Metropolitana De Lisboa;

¹⁵ Número de entrevistas realizadas na área urbana de Aveiro;

¹⁶ Número de entrevistas realizadas na área urbana de Faro;

anos (também do sexo feminino). Podemos constatar que os níveis qualificação possuídos pelos entrevistados, não são elevados.

Com base na tabela 6, cerca de 40% dos mesmos terminaram os seus estados no 1º ou 2º Ciclo de ensino, optando a maioria por iniciar a vida laboral a partir daí. Apenas 17% dos entrevistados possuem o grau de ensino superior. Este facto pode ser explicado pela disparidade educativa entre gerações existente na sociedade Portuguesa, onde mais de metade dos adultos entre os 35 e os 64 anos possuíam apenas o ensino básico no ano de 2021¹⁷, e principalmente explicado pela falta de oferta e qualidade do ensino recuando 40 ou 50 anos atrás, que atualmente se assume como universal e tendencialmente gratuito para todos.

Em Coimbra, Lisboa e ainda Aveiro, o grau de ensino dos participantes relevou-se substancialmente mais elevado, com uma percentagem considerável dos entrevistados a possuir pelo menos o ensino secundário e superior, devido à maior oferta de estabelecimentos públicos e privados nestas cidades, nomeadamente na cidade de Coimbra onde a educação é considerada de excelência. Em Faro já não mesmo não se verificou, a amostra dos entrevistados possuam níveis de qualificações menores. Em Lisboa no ano de 2022 estavam inscritos 128.394 alunos no Ensino Superior, em Coimbra 37.694, em terceiro lugar Aveiro com 14.837 e por fim, Faro 9.175 alunos (Pordata).

Tabela 6: Distribuição da Amostra por Género, Área de Residência, Idade e Escolaridade; **Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do Pordata.

Variável		N	%
Género	Masculino	13	43,3
	Feminino	17	56,7
Área de residência	Coimbra	8	26,7
	Lisboa	8	26,7
	Aveiro	7	23,3
	Faro	7	23,3
Grupos de Idade	60 - 65 anos	2	6,7
	66 - 75 anos	14	46,7
	76 - 85 anos	10	33,3
	86 ou mais anos	4	13,3
Grau de escolaridade	Não frequentou a escola	1	3,3
	Não sabe ler nem escrever	-	-
	1º ou 2º Ciclo	12	40,0
	3º Ciclo	7	23,3
	Ensino Secundário	6	20,0
	Ensino Superior	5	16,7

¹⁷ Dados recolhidos com base no “Guia para adultos: como aprender ao Longo da Vida”, Fundação José Neves (2021)

3.3 Instrumento: entrevistas semi-estruturadas

O principal instrumento de recolha de dados aplicado foi a entrevista semiestruturada. Este tipo de entrevista caracteriza-se por obedecer a um guião que lhe é fisicamente apropriado e utilizado pelo investigador para recolher os dados, ou seja, é apoiada por um roteiro e construída por hipóteses e categorias, uma conversa com finalidade (Minayo & Costa, 2018, p 143).

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada com a finalidade de compreender a percepção subjetiva dos idosos sobre os efeitos da pandemia e a forma como estes a viveram até ao momento. Procurou-se também desenvolver uma “interação dinâmica entre o investigador e o participante” (Lourenço, 2017, p. 24), de modo a compreender, através da análise do comportamento dos sujeitos, a sua aderência à entrevista e o impacto da aplicabilidade das questões que lhes foram disponibilizadas.

Segundo Flick (2004) deve-se recorrer à técnica da entrevista quando o investigador apresenta questões relevantes, cuja resposta é difícil encontrar em documentos de fácil acesso. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a entrevista é uma técnica de interação social, ou seja, uma forma de diálogo com os entrevistados, tendo como finalidade recolher informações e dados sobre o tema em estudo. No que respeita à preparação das entrevistas semiestruturadas foi elaborado um guião da entrevista que ajudou a guiar e a conduzir a mesma.

Essa modalidade difere do tipo aberta, por obedecer a um guia que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador na interlocução (Minayo & Costa, 2018).

As entrevistas semi-estruturadas¹⁸ enquadram-se numa metodologia científica e concreta. Assim, antes de tudo importa elaborar um breve enquadramento sobre essa metodologia qualitativa. A investigação qualitativa é, de acordo com Sparkes e Smith (2014), uma forma de questionamento social, que foca a forma sob a qual as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências no mundo em que vivem. Nos últimos anos tem aumentada exponencialmente a investigação qualitativa (ver a quantidade de revistas científicas que usam esta metodologia), usando entrevistas em profundidade e efetuando a correspondente análise compreensiva do seu conteúdo (Culver, Gilbert, & Trudel, 2003; Culver, Gilbert, & Sparkes, 2012).

Este método enfatiza o interpretativismo, a importância de estudar o todo, focando-se na experiência subjetiva dos indivíduos, estudando como as pessoas percebem, criam e interpretam o seu mundo. Conceitos como sentimentos e emoções são a base do interpretativismo, tendo para isso, de se concentrar em formas de representação do mundo individuais, em que a generalização da verdade

¹⁸ Uma entrevista semiestruturada é um tipo de entrevista que combina elementos de estruturação e flexibilidade. Nesse formato, o entrevistador possui um conjunto de tópicos ou questões pré-determinadas que deseja abordar durante a entrevista, mas também tem a liberdade de explorar tópicos adicionais que possam surgir durante a conversa. Isso permite que a entrevista seja adaptada às respostas e insights (percepções) do entrevistado, ao mesmo tempo em que mantém certa organização e foco nos assuntos relevantes.

(inferência estatística) acerca do comportamento humano deve ser abandonada (Cooper & Whit, 2012). As questões de investigação predominantes nesta metodologia são o ‘porquê’ e ‘como’ (Gratton & Jones, 2004), sendo que a sua pertinência é particularmente útil, quando o objeto de estudo não tem teorias prévias, ou estas não se adequam sendo, conseqüentemente, voltado para a descoberta.

A análise qualitativa e a análise quantitativa são abordagens distintas utilizadas em várias disciplinas, como as ciências sociais, as ciências naturais e pesquisa acadêmica, para compreender e interpretar dados de formas diferentes. Cada abordagem possui as suas próprias vantagens e é adequada para diferentes tipos de perguntas de pesquisa e contextos. A análise qualitativa apresenta várias vantagens face à análise quantitativa. A Profundidade o Contexto são tidos como mais valias: este tipo de análise permite uma compreensão mais profunda e detalhada dos conteúdos estudados, visto que, concentra-se em explorar contextos, significados e interpretações individuais ou de grupo; A Flexibilidade: esta abordagem é adaptável e flexível, pois permite que os investigadores ajustem as suas perguntas e métodos à medida que novas perspectivas vão emergindo durante o processo de pesquisa ¹⁹; Outra vantagem assinalável é a Exploração de Novos Tópicos: é útil quando se investigam temas pouco explorados ou complexos, nos quais a compreensão qualitativa pode fornecer *insights* iniciais, antes de se realizar uma análise mais quantitativa; A Compreensão de Processos: esta abordagem é adequada para investigar processos, dinâmicas e mudanças ao longo do tempo, destacando nuances que podem ser menos visíveis e perdidas em abordagens quantitativas. A entrevista semi-estruturada teve uma duração estimada entre 30 a 45 minutos. Primeiramente foram recolhidos dados introdutórios como idade, nome, e nível de escolaridade do participante. De seguida, algumas breves questões foram elaboradas acerca do agregado familiar, área de residência e aos padrões de mobilidade do/a entrevistado/a. Este tipo de aborda A participação neste estudo não apresenta qualquer risco para o participante.

A entrevista semiestruturada pode ser um tipo de entrevista que combina elementos de estruturação e flexibilidade. Nesse formato, o entrevistador possui um conjunto de tópicos ou questões pré-determinadas que deseja abordar durante a entrevista, mas também tem a liberdade de explorar tópicos adicionais que possam surgir durante a conversa. Isso permite que a entrevista seja adaptada às respostas e insights do entrevistado, ao mesmo tempo em que mantém certa organização e foco nos assuntos relevantes.

O tipo de resposta a obter com este instrumento é a resposta aberta. É importante referir que, partindo desta abordagem da entrevista semi- estruturada durante a sua redação, podem resultar em diálogos mais naturais e abertos, permitindo que o entrevistado compartilhe as suas opiniões, experiências e conhecimentos de forma mais completa do que em entrevistas totalmente estruturadas.

¹⁹ Aplicado a este caso de estudo, a flexibilização foi aplicada na forma como a entrevista era guiada foi sofrendo pequenas alterações durante o processo de entrevistas;

Numa etapa prévia à execução propriamente dita das entrevistas, foi redigido um guião previamente estipulado (Anexo II) que auxiliou e orientou a redação das entrevistas semi-estruturadas e a respetivas narrativas. A gravação das mesmas ocorreu através da gravação de arquivos de áudio que foram monitorados para verificar a consistência. Numa fase seguinte, as entrevistas foram transcritas por uma empresa especializada.

3.4 Análise de dados

A investigação qualitativa nomeadamente a Análise de Conteúdo (AC) tem uma origem muito antiga através da interpretação dos textos sagrados ou misteriosos – Hermenêutica (Bardin, 2009). Nos anos 20 do século passado houve uma sistematização do pensamento sistémico, refletidos nos estudos sobre a biologia e na procura de uma melhor compreensão da evolução dos seres vivos, como totalidades integradoras (Oliveira, 2014). O mesmo autor regista a “mudança de paradigma, sendo um contraponto à ideia mecanicista de compreensão do todo a partir do isolamento das partes”.

Podemos verificar que a análise de conteúdo de Bardin pode ser aplicada no campo da geografia de diferentes formas para analisar e interpretar dados textuais relacionados a questões geográficas: Por exemplo, na análise de Documentos Geográficos; Entrevistas e questionários; Análise de textos em SIG; mapeamento de perceções geográficas; Análise de políticas públicas e planeamento urbano, ou avaliação e impactos ambientais.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso à análise de conteúdo, pois é a técnica ideal pela subjetividade, sistematização e inferência. “A análise de conteúdo é a técnica adotada para o processo de elaboração dos dados com vista a transformá-los em informação esclarecedora” (Barbosa, 2012, p.92). A análise de conteúdo, cumpriu as etapas da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados aliados à inferência e interpretação dos dados (Bardin, 2016; Vala, 1990).

É importante lembrar que, como os estudos quantitativos, as técnicas para abordagens qualitativas também apresentam limitações: elas não se adequam a grandes universos de pesquisa e seu espaço é muito mais o de aprofundamento do sentido das ações e muito menos o de explicação da magnitude dos fenômenos. A arte é encontrar nos dados conseguidos por meio de técnicas desenvolvidas em intersubjetividade - e não fora deles - o que torna qualquer problema local parte de questões universais: seu enraizamento no mundo e suas possibilidades transformadoras (Adorno & Horkheimer, 1981). Um ponto importante sobre as técnicas é que elas são mediadoras entre a teoria e a empírica. Portanto são muito importantes como partes de um processo de pesquisa sistémico (Minayo & Costa, 2018).

Os investigadores qualitativos acreditam que a natureza da realidade é socialmente construída (Cooper & Whit, 2012) e a forma como um investigador descreve a sua investigação, depende da abordagem conceptual que escolhe (Creswell, 2007), tendo em consideração que a pesquisa

qualitativa emerge de uma grande diversidade de áreas de conhecimento como a antropologia, sociologia, psicologia e é concretizada através das seguintes ‘correntes’ de investigação.

Deste modo, a análise de conteúdos segundo Bardin (2016) foi a utilizada para este estudo. A análise de conteúdo de acordo com Bardin assume uma abordagem sistemática para a interpretação e a compreensão de dados textuais. Bardin identifica três etapas principais nesse processo: A “pré análise”, onde definindo os objetivos da pesquisa, selecionando o material a ser analisado e decidindo sobre a abordagem de análise. A fase da “exploração do material” onde é elaborada categorização e classificação das unidades de acordo com os temas do estudo e os seus objetivos. A partir das transcrições, o conteúdo foi categorizada e foram definidas 11 categorias de análise, de acordo com os objetivos e temáticas propostas.

Por fim, a fase do “tratamento dos resultados e a sua interpretação”: a análise propriamente dita. Isto envolve a aplicação do sistema de categorização às unidades de análise e a contagem das ocorrências de cada categoria. Os resultados são, finalmente, interpretados à luz dos objetivos da pesquisa. São procurados padrões, relações e significados no conteúdo analisado.

4. Resultados

Os resultados deste estudo tiveram como propósito responder às hipóteses e objetivos propostos inicialmente, sendo que derivaram em diferentes percepções, opiniões e sentimentos por parte dos entrevistados nas quatro áreas urbanas (Coimbra, Faro, Aveiro e Lisboa). Nomeadamente, acerca dos impactos da pandemia Covid-19 no quotidiano e na mobilidade na população idosa. Deste modo, os mesmos foram organizados e divididos em categorias principais e subcategorias. Os resultados da análise temática estão resumidos na Tabela 7 acerca da “Categorização” dos temas considerados.

Depois da transcrição, leitura e definição de temáticas, as categorias que resultaram da análise de conteúdo e definidas como ponto de partida para este estudo das entrevistas foram as seguintes: (i) Habitação, (ii) Mobilidade e Transportes, (iii) Espaço Público e Espaços Verdes, (iv) Acesso e Qualidade dos Serviços de Proximidade e Saúde, (v) Participação Cívica e Situação Financeira, (vi) Atividade Física, (vii) Saúde Física, (viii) Bem-Estar Psicológico, (ix) Interações Sociais, (x) Sentimento de Solidão, e por fim, (xi) Pós pandemia.

Assim, atendendo às percepções dos idosos sobre o impacto da pandemia nas diversas esferas da sua vida foram colocadas várias questões abertas e sujeitas à respetiva categorização e análise.

Tabela 7: *Categorias e subcategorias de análise relativas às percepções dos Idosos sobre a pandemia;*
Fonte: *Elaboração própria.*

Categoria	Sub-Categoria
1 Saúde Física	1.1 Perceção de Estado de Saúde 1.2 Hábitos de Vida – Comportamentos Saudáveis vs. Sedentarismo
2 Mobilidade e Transportes	2.1 Rotinas Diárias 2.2 Autonomia e Independência na Mobilidade 2.3 Necessidade de Sair 2.4 Alterações no Uso de Transportes Coletivos 2.5 Auxílio à Mobilidade
3 Habitação	3.1 Moradia vs. Apartamento
4 Bem-Estar Psicológico	4.1 Pensamentos Introspetivos 4.2 Estado de Humor/Padrões de Sono 4.3 Medo de Ser Infetado 4.4 Emoções e Pensamentos: Positivo vs. Negativo 4.5 Impacto Geral da Pandemia – Sentimentos Gerais 4.6 Impacto Inicial de Covid-19 e Exposição aos Media/Ceticismo 4.7 Cumprimento das Restrições 4.8 Ganho de Novos Hobbies 4.9 Sentimento de Dependência 4.10 Discriminação da População Idosa: Positiva e Negativa 4.11 Sentimento de Dever de Proteção Especial

5	Atividade Física	5.1 Prática de Atividade Física 5.2 Ganho de Novos Hábitos
6	Interações Sociais	6.1 Comunidade e Entreatuda 6.2 Passatempos e Mudança de Hábitos 6.3 Relações Interpessoais 6.4 Atividades, Espaços Culturais e Bem-Estar Social 6.5 Capacidade de Adaptação a Tecnologias 6.6 Prestação de Cuidados Informais a Familiares ou a Terceiros
7	Sentimento de Solidão	7.1 Isolamento Social
8	Acesso e Qualidade dos Serviços de Proximidade	8.1 Serviços de Proximidade 8.1 Acesso a Cuidados e Saúde 8.2 Qualidade dos Serviços de Saúde 8.3 Processo de Vacinação
9	Espaços Públicos E Espaços Verdes	9.1 Utilização/Qualidade do Espaço Público e Ambiente Construído
10	Participação Cívica e Situação Financeira	10.1 Situação Financeira 10.2 Apoios Institucionais (Municípios, IPSS'S, Outros)
11	Pós-Pandemia	11.1 Regresso à Normalidade 11.2 Experiência Noutros Países

4.1 Habitação

Partindo de um dos pilares e áreas de estudo desta pesquisa, o espaço residencial em que a população idosa se insere, foi criada a categoria “Habitação”. A partir desta categoria foi criada a subcategoria “Moradia *versus* Apartamento”, a fim de expor potenciais contrastes nas perceções e sentimentos por parte da amostra em relação aos dois modelos habitação.

Segundo os resultados, a maioria dos entrevistados residia em apartamentos, pelo que as suas habitações não possuíam terraços ou espaços comuns, todavia, alguns dos entrevistados (n=5) apontaram a existência de varadas/terraços/anexos ou espaços ajardinados, espaços verdes ou quintais alocados à área da sua habitação. Apontando a utilização desses espaços como determinantes para “espairecer” e “respirar” durante o período temporal em consideração, especialmente durante os períodos de confinamentos mais restritos.

Por exemplo, para Carlos, de 76 anos e residente em Coimbra, a existência do seu terraço *“ajudou muito neste processo”*. *“Ajudou bastante no meio da noite em que eu não conseguia dormir. Não conseguia dormir. Porque, realmente, não tinha as rotinas diárias, não saía, ficava ali confinado e ia-me sentar ali fora.”*

Para José, de 69 anos, o seu terraço era sinónimo de “Liberdade”, comparando o confinamento a uma situação parecida de quem está preso. *“Sentava-me ali e pronto, se não sentia que estava numa prisão”*; *“as pessoas que viviam em apartamentos. Aí é que foi complicado.”*

“Ora, eu lá na minha casa tenho espaço para andar cá fora à-vontade sem ter problemas, faço jardinagem. Pronto. Ai já foi uma coisa boa. Já me ajudou bastante” (António, 73).

Deste modo podemos conferir que a utilização destes espaços exteriores dentro ou ao redor de uma habitação, ofereceram uma maior qualidade e sensação de liberdade e menor “sufoco”, relativamente aos participantes que residiam em habitações sem estes espaços - *“As pessoas como eu (que residem em habitação) não podiam sair tão facilmente. Se era uma família vive num apartamento e se estava limitada àquele espaço, é óbvio que perde mobilidade”* (Mila, 69).

4.2 Mobilidade e Transportes

Nesta categoria foram incluídas as temáticas de “Mobilidade” e “Transportes”. No que diz respeito ao tema da Mobilidade, assumindo-se como um dos principais focos desta pesquisa, visto que visa compreender as alterações (maior ou menor dificuldade) na mobilidade da população idosa no seu espaço residencial e comunidade, durante o período da pandemia. Se porventura saíram mais ou menos à rua, como se moveram, bem como, a sua capacidade de manter ou não as atividades e rotinas diárias (em relação ao que faziam antes). A categoria “Transportes” procura perceber de que modo os entrevistados alteraram ou até suprimiram o uso aos transportes coletivos, devido ao excesso de pessoas dentro dos veículos, e que tipo de auxílio receberam para colmatar essa falta. De modo a detalhar de forma mais concreta estes dois grandes temas, foram criadas cinco subcategorias.

Na subcategoria “Rotinas Diárias” (n=23 citações), não houve um consenso nas respostas a este tópico: um número considerável de entrevistados mencionou que as suas rotinas se mantiveram inalteráveis e que continuaram a fazer a sua vida normal:

“Saí todos os dias. Todos os dias” (Maria, 67); *“Não. Eu continuei a fazer o mesmo que fazia antes da pandemia. Vou para o café, como é hábito fazer ir ao café um bocadinho.”* (Laura, 88, cidade de Faro); *“Nas rotinas? As rotinas continuaram. Andar de bicicleta. Caminhadas. Jardinagem, ainda hoje.”* (António, 73); *“Manteve-se tudo”* (Jorge, 68, cidade de Aveiro); *“A minha mobilidade manteve-se igual”* (Mário, 72); *“Fui sempre até onde deixaram ir”* (Manuela, 76).

Enquanto, tantos outros vários entrevistados apontaram a pandemia e os confinamentos sucessivos como um constrangimento à sua mobilidade, neste caso impossibilitando a saída de casa para fazerem as suas atividades diárias - sendo que alguns puseram termo definitivo a algumas atividades que faziam regularmente:

“Deixei de fazer quase tudo” (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Fui menos vezes à rua. À Igreja também nunca mais e à missa, sim. E depois nunca mais fui. Deixei de ir.”* (Maria Helena, 76). *“A única coisa que eu consegui continuar a ir era ir às compras. Deixei de fazer quase tudo”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“Mexeu muito. Sobretudo os meus hábitos quotidianos foram claramente... Tudo o que fazia antes. Biblioteca, amigos, café... acabou “reduzi drasticamente as minhas rotinas. Foram trezentos e sessenta graus”* (Carlos, 76,

cidade de Coimbra); Não deixei de sair de casa por causa da COVID, nem de ir à rua, nem de ir ao café. Naquela altura que não havia cafés, não havia nada, mas pronto, uma pessoa dava uma volta e ia passear com o cão à noite” (Luís, 66).

A subcategoria “Autonomia e Independência na Mobilidade”, assume-se como uma das mais preponderantes do estudo, pois avalia efetivamente o efeito da pandemia sobre a forma como se moveram, sobre a sua autonomia e sobre a sua (in)dependência no seu dia a dia;

Cerca de um terço da amostra mencionou autonomia e independência (n=9).

“Sou autónomo e sou autónomo, isto é, no sentido em que não preciso de ninguém para fazer as coisas que quero” (José, 64); “Faço tudo, faço. Até o jantar eu faço. A minha mulher é funcionária pública, e eu estou em casa com a velhota, que já não tem condições para fazer” (José Amaro, 69). No caso deste participante, para além de ser independente e autónomo, presta cuidados informais à sogra, porque a mulher trabalha durante o dia; “Sou independente, não preciso que me vão pagar isto ou aquilo ou assim” (Mila, 77, cidade de Lisboa); “Sempre fui autónomo nisso sem problemas” (Artur, 68); “No que respeita a mim fui eu sozinho ao hospital, vim para casa sozinho. Nunca precisei” (António, 73). “Tenho que ir comprar comida, porque vivo aqui, sou autossuficiente... Eu vivo sozinho. Sou autossuficiente. Sou uma verdadeira fada do lar. Eu resolvo tudo, apenas aqui...” (Luís 82); “Eu adaptei e tentei cumprir o máximo possível. Andava na rua. Não estava ninguém.” (João, 73).

Por outro lado, alguns dos entrevistados referiram ser dependentes (n=4). Alimentação, acesso a medicamentos e idas ao médico foram os tipos de ajudas mais indicadas pelos mesmos.

“Se forem coisas pesadas peço ao meu filho e ele vai ao supermercado. Medicamentos ele também é que me vai buscar” (Laura, 88, cidade de Faro); “Não, não. Eu só saio com o meu filho ou alguém que me venha buscar de carro. Quem me convidar, ou quem qualquer coisa, tem que me vir buscar e trazer” (Rosa, 88, cidade de Coimbra).

A partir desse ponto, foi criada uma nova subcategoria intitulada de “Auxílio à mobilidade”. Esta subcategoria específica de que modo decorreu o auxílio à população mais frágil e dependente, por vezes a população mais idosa e com uma condição de mobilidade mais reduzida.

“O meu filho, absolutamente necessário, ele... é o SOS” (o filho dava boleias à mãe) (Rosa, 88, cidade de Coimbra). “Se eu me desloco ao hospital de Aveiro, por exemplo, que ainda fica aí a seis quilómetros daqui para ir para o hospital a minha filha vem-me buscar e vai-me levar ao hospital. Para medicamentos e supermercado também é com ela” (com a sua filha) (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro).

Quanto à subcategoria que avalia “alterações no uso de transportes coletivos”, verificou-se um padrão comum na maioria das respostas. Contabilizando a maioria dos participantes nesta categoria, verificou-se a supressão do uso dos transportes coletivos durante a pandemia, especialmente por considerarem que era um lugar suscetível de contágios, e por isso resguardaram-se ou encontraram

outras formas desse mover. (n=11) dos participantes deixaram de usar o metro/comboio/autocarro urbano por completo durante a pandemia:

Carlos (76), deixou de visitar as filhas que moravam em Lisboa devido ao receio em ser afetado no transporte público: *“Ir daqui (de Coimbra) para Lisboa houve uma restrição terrível em relação aos transportes, porque eu tinha medo realmente de me meter num transporte público. Ia ver as minhas filhas lá”*; *“Eu deslocar a Cascais para ver as minhas netas tenho que ir no comboio no meio daquele maralhal todo, de máscaras não vou. Não vou”* (Luís, 82); *“Mesmo de autocarro e tudo nunca mais andei”* (Maria Helena, 76); *Foi para me resguardar, que efetivamente havia alturas em que aquele parecia um molho lá dentro*, neste caso não foi por alguma restrição imposta mas sim por a participante ter tomado a consciência de se proteger, tendo começado a *“andar mais a pé e de táxi”*; *“Tive de parar de usar o autocarro, completamente”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Deixei de usar para não vir próxima das outras pessoas, vinha muito entalada ali”* (Conceição, 87); *“Já ia protegida e não ia pelo meio daquela gente toda. Ou se vinha um cheio esperava que viesse outro mais livre. Mas não tive medo”* (Rosa,73).

Ao passo que, outra parte considerável dos participantes revelaram menos preocupação e continuaram a usar os transportes, algumas de forma intermitente, outros com menor frequência.

“Sentas-te ao pé do jovem porque pensas que ele é mais saudável e naquela altura não andei tanto, talvez, de transportes” (Maria, 78); *“Usava pouco, devidas preocupações e limitados”* (José, 64); *“Eu tenho um filho a viver no Pinhal Novo e eu nunca deixei de ir ao Pinhal Novo, na Fertagus, que funciona lindamente”* (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“Usei os transportes à mesma”* (Manuela, 76); *“A gente também usa o táxi”* (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra).

Houve dois participantes que deixaram de usar o transporte coletivo para se deslocarem ao hospital e por isso, puseram em causa a sua saúde e perderam consultas. *“Deixei de ir aos HUC devido ao autocarro, Pura e simplesmente deixei de ir. Ou quando ia, ia a pé. Ia a pé.”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra), devido ao receio e à suscetibilidade de infeção.²⁰

Alguns dos participantes (n=2), nunca fizeram uso dos transportes públicos, independentemente da pandemia ou não.

“Não, nunca andei de autocarro, nunca andei, nem com COVID nem sem COVID. Nunca usei autocarro para lado nenhum” (Luís, 66); *Nunca utilizei comboio*, (José Furtado 76); *“Não ando em transportes públicos, porque estou numa zona onde há de tudo Tapada Ajuda”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa).

²⁰ ver subcategoria 4.3 “Medo de ser infetado”

Ainda houve quem tenha deixado o uso do automóvel para uso de autocarro em alternativa, por questões económicas e, quem considerasse os transportes públicos com preço elevado:

“O autocarro é muito caro. Daqui (Ílhavo) para Aveiro é seis quilómetros, por exemplo, é um euro e noventa de autocarro da Transdev. Um euro e noventa com um euro e noventa são quase quatro euros” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); *“Agora uso autocarro, porque não tenho dinheiro para a gasolina, não é?”* (Maria, 67).

António (73), tinha o hábito de viajar anualmente com a família e devido às restrições impostas à aviação essa sua rotina anual teve de ficar suspensa. *“Houve muitas restrições dos voos durante a pandemia, tive muita falta de viajar”*.

Perante as fases de confinamentos sucessivos, verificou-se alguma ânsia e desejo por parte da população no geral de saírem das suas habitações para o espaço exterior. A subcategoria “Necessidade de sair” demonstrou um total de (n=28 citações). Por um lado, foi notória a premência de fuga e sufoco de alguns, por outro foi visível também a tranquilidade de outros, que se adaptaram e que não se importaram com as limitações impostas à circulação. Dois dos participantes admitiram usar como “trunfo” os animais de estimação como forma de possibilitação dos passeios higiénicos, pois, à dada altura foram permitidos apenas para indivíduos que possuíssem animais neste novo “normal”.

José (69), acabava por solicitar o cão do amigo por umas horas, para poder sair à rua: *“Estava preso «pá» isto é uma prisão²¹, não posso sair de casa, não posso ir a lado nenhum. Tenho de fazer qualquer coisa. Pronto, levava o cão do meu amigo, levava o Licas. Eu não tenho cão”*.

É, eu em jeito de brincadeira com os meus amigos perguntava se eles queriam alugar o Sushi, que é o meu cachorrinho, para poder passear com ele, não é?” (Marco, 65, cidade de Aveiro).

Numa fase posterior de levantamento de algumas restrições em que era possível sair com relativa liberdade, Mila (77), procurava ocupações fora de casa que a obrigassem a sair, enquanto Rosa (71) afirmava nunca se ter fechado em casa.

Para Carlos (76) o principal aspeto negativo e impacto da pandemia foi na *sua mobilidade*. *O sentimento de falta de mobilidade é equiparado ao sentimento de morte: “Para já, não me apetece nada morrer, não é? Mas viver, sem mobilidade... no dia em que eu não conseguir andar e mexer-me e andar de um lado para o outro e sair de casa, aí é melhor morrer porque eu não... não sou capaz de suportar”*

No caso de Maria (67), o transporte público era como um escape: *“Meto-me no autocarro vou até ao fim. é uma forma de passear”*.

²¹ Novamente a ideia de “prisão” associada a fases de confinamentos mais severas; Termo utilizado pelo mesmo participante repetidamente ao longo da entrevista;

“Isso de não sair da casa para mim é que me matava, estás a perceber? Saía sempre de casa. Apesar de que estava tudo fechado, saía, porque não conseguia estar em casa. Quando não vias ninguém, não encontravas ninguém, estavas praticamente sozinho na rua” (Luís, 66).

Alguns participantes apontaram a aplicação das restrições como um problema acrescido à já condição débil e crescente falta de mobilidade natural neste grupo de idade, visto que a mobilidade já é reduzida devido às comorbilidades associadas à população idosa, ficando ainda mais limitada com as restrições:

“O pouco que eles já podiam fazer foi suprimido” - (os mais idosos) - *“E essa limitação num idoso é muito penalizante. Porque uma pessoa se não se mexe rapidamente perde massa muscular e perde mobilidade”* (Mila, 69); Para Carlos (76), foi *“traumatizante”*: *“Eu sou um indivíduo extremamente ativo. Para mim, o não andar um dia ou, ou não caminhar ou não ver os amigos ou... ou não sei quê, é matar-me”* (comparação à morte). *Portanto, ficar sem mobilidade e com medo de me deslocar foi terrivelmente traumatizante. Terrivelmente traumatizante, porque, repare, ficar aqui fechado doze horas ou treze ou catorze ou vinte, dias. (...) não sei se vocês estão a ter bem a noção disto, é que para um indivíduo da nossa idade, não ter mobilidade é péssimo, mas ter mobilidade e não poder sair, é ainda pior”*; *“Restrições, porquê? Eles não tinham forma de sair. Muitos dos idosos não têm como sair, precisam de um meio de locomoção. Depois, não se aventuravam a ir sozinhos”* (Mila, 69); *“Eu..., eu praticamente estou confinada todo o ano. Mesmo sem pandemia”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra); Rosa Manuela (78), após uma queda na sua habitação partiu uma perna durante a fase de confinamento, ficando numa condição de mobilidade muito limitada e impossibilitada de sair. *“Eu nem saía de casa. Não conseguia”*. Para João (73), a sua mobilidade modificou até para melhor: *“Aprendi a andar de bicicleta e a ganhar qualidade, a minha mobilidade melhorou”*.

Vários participantes apontaram o contacto com o meio ambiente e exterior como um desejo para o seu bem-estar, e por isso a necessidade de sair de casa era imperativa. O termo “limitação” foi utilizado inúmeras vezes do tempo, associado às queixas acerca do confinamento por parte dos mesmos. Para Mila (69), pequenos prazeres como estar na rua a tomar um café era visto como um sinal de felicidade *“Não havia mesas, eu sentava-me no muro com o copo de café na mão, a beber o café, feliz e contente, estava na rua... a beber café, estava bem.”*; *“A mim limitaram-me, completamente... não havia sol e não havia água, eu sabia que não devia sair de casa. A existência das regras mexe comigo. Porque se soubesse que estava livremente... que havia a possibilidade de sair de casa, mesmo que não quisesse sair, era um bocadinho diferente? “Eu ia até ao Cais do Sodré para ver o Tejo, com muita frequência. Mas a partir do momento que houve essa história do Covid, eu comecei a cortá-las e deixei, praticamente”* (Luís, 82).

4.3 Espaço Público e Espaços Verdes

Para avaliar a qualidade do Espaço Público foi criada a subcategoria “Utilização/Qualidade do Espaço Público e Ambiente Construído” (n=3):

“É das poucas cidades do Algarve onde o nível de vida se manteve sem grandes oscilações e das únicas cidades onde temos espaço público cuidado” (José, 69, cidade de Faro); Para João (73), o problema do planeamento da cidade foi o principal problema apontado nesta categoria: *“esse é que é o grande problema, é que a cidade foi toda planeada para o automóvel. Agora, a cidade voltou-se a tentar planear para o peão, para a pessoa, não é? O que não é uma coisa fácil, porque as pessoas começaram a socializar nos centros comerciais e esqueceram a comunidade”*.

No caso de António (73), o ambiente construído e a disposição do espaço público envolvente à sua habitação, foram importantes no auxílio às suas saídas de casa durante essa fase: *“Vivi muito bem esta situação do Covid porque tinha espaço, lá está. Tinha espaço podia sair sem ser perturbado por outras pessoas. Porque ali na minha zona é uma zona, é habitacional, mas não casas encostadas umas às outras. Temos um passadiço em que podemos caminhar dois, três quilómetros”*.

No que concerne à temática dos Espaços Verdes foi criada a subcategoria “Existência e qualidade dos espaços verdes” (n=12). A existência desta tipologia de espaços foi fundamental para o bem-estar dos participantes.

“Ah, tenho. Espaços verdes tenho, graças a Deus, muito”; *“Eu tenho necessidade do campo”*; *“eu gosto de ver o verde, gosto de ver Isto fechou (o centro de dia), e eu procurei muito os jardins para andar ao ar livre”* (Maria F., 78) (n=4); *“Nem tudo é mau em Alfragide, temos muitas coisas boas. Em todos os arruamentos tem espaços verdes”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa).

José (69, cidade de Faro), considerou acima o espaço público de Faro como cuidado e positivo, todavia, reitera que a mesma área tem privação e carência de espaços verdes, “tem muita falta” apesar da preocupação do Município em implementar novas formas de mobilidade aos seus residentes: *“Tem havido um esforço no sentido de implementar ciclovias”*. Jessy (72, cidade de Faro), participante de mobilidade reduzida, usa o carro e nem sempre consegue alcançar a Ilha de Faro visto que os parques de estacionamento estão fechados para obras, alertando para a necessidade de espaços transitáveis - *“Eu para fazer caminhadas tenho que ir para a ilha de Faro porque como não posso andar em espaços irregulares vou para a ilha de Faro. Deixo o carro lá na rotunda e vou a pé até à ilha de Faro e volto. Faço isso três vezes por semana”*.

Na cidade de Lisboa, apesar da extensão urbana e residencial, a existência de espaços verdes foi consideravelmente mencionada por vários participantes, nomeadamente por participantes que residiam nas imediações e matas ou floresta:

“O Jardim Zoológico, a mata de Benfica, Monsanto. Eu estou toda rodeada pelos pulmões de Lisboa. E, costumo frequentar” (Mila, 77, cidade de Lisboa), cidade de Lisboa); *“Moro na tapada da ajuda. Frequento com os cães. Nunca deixei de fazer caminhadas, até porque a tapada também esteve chegada ao público e eu tive acesso exclusivo”*.

Em Aveiro:

“Aqui em Ílhavo tem muitos espaços verdes. Continuei a frequentar” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro) *“Frequentei espaços verdes mas com muito cuidado”* (Elisabete, 79).

4.4 Acesso e Qualidade dos Serviços de Proximidade e Saúde

Esta categoria teve em conta a criação de quatro importantes e representativas subcategorias - Serviços de Proximidade; Acesso a Cuidados de Saúde; Qualidade dos Serviços de Saúde, e Processo de vacinação. Durante o processo de crise.

No que diz respeito aos “Serviços de Proximidade”:

Mila (77, cidade de Lisboa) admite ter a sorte de residir numa área da cidade de Lisboa (Freguesia de Benfica) que está munida de boas acessibilidades e de serviços de proximidade, bem como bom acesso a transportes: *“Tenho tudo à porta. Esta zona está bem munida de serviços. Se me faltasse assim qualquer coisa isso iria à mercearia, que é em cinco minutos chegava à mercearia ou à farmácia também. Tenho ali tudo muito perto”*; *“Tudo, tudo ali. E tinha também uma coisa de finanças, uma repartição das finanças”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); *“Tenho serviços próximos de casa”* (Luís, 82); (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra), cidade de Coimbra), cidade de Aveiro), utilizadora do espaço de proximidade destinado ao auxílio da população Idosa (“Laboratório de Envelhecimento de Ílhavo”) considera-se o espaço como um lugar acolhedor e satisfatório das suas necessidades: *“Gosto muito de andar aqui. Gosto muito de todos eles; “eu ia a um Centro de Dia, Rainha Santa Isabel, onde ia almoçar. Ok? Fechado”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra).

Relativamente ao “Acesso a cuidados de saúde”, alguns participantes (n=7) referiram ter problemas no acesso aos hospitais bem como a Unidades de Serviço Familiar (USF) e alguns destes consideram o acesso como muito negativo.

“O centro de saúde não é próximo” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); Ao invés de que para José (69, cidade de Faro), a unidade USF fica próxima de sua casa”; *“O acesso a cuidados de saúde foi difícilimo, porque a pressão do COVID foi tão grande que se descurou o resto, completamente”* *“Estão atrasados não sei quanto tempo, não pedem desculpa ao doente pelo atraso. Acho que é uma falta de respeito”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra) (n=2).

Houve diferenças com base na localização importantes a considerar. Em Coimbra que é conhecida pela qualidade dos seus hospitais públicos e privados, os participantes relataram bons acessos, enquanto os de Aveiro, foram enviados a Coimbra para certas consultas de especialidade. Os custos

foram relatados como condicionantes, seja no transporte público ou nos serviços de transporte comunitário. Relativamente à localização dos serviços, foi tido em conta a proximidade, acessibilidade, oferta de transporte gratuito, ou, quando eles não eram tão acessíveis, por exemplo, certas partes de Lisboa foram descritas como áreas não servidas.

Para Gumersindo (70, cidade de Aveiro), o acesso durante ao hospital durante a pandemia foi mais penalizante por dois motivos: por doença associada que o obriga a deslocar-se diariamente ao hospital, e pelo custo do transporte que o leva desde Ílhavo até ao serviço de saúde em Aveiro: *“Tenho que levar todos dias uma picada no hospital em Aveiro, sou diabético. Existe transporte mas é preciso pagar. Se eu for como já tenho ido várias vezes, ao hospital a Águeda eles marcam-me uma consulta de X em X tempo ou têm que ser os bombeiros a transportarem-me ou tem que ser a minha filha a levar-me lá ou coisa. Pago 30 euros aos Bombeiros para este serviço, fica caro”*.

Foi tida em conta a preocupação em ir ao médico e a consultas com receio de ser infetado nos hospitais por serem locais mais suscetíveis de contágios: *“Mas tem sempre uma apreensão de você ir no local onde tem muita gente. Ir ao hospital. Se eu vou ao hospital é onde é que pessoa está todo o mundo doente”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Oxalá que eu não piore para ter que ir ao hospital. Isso vinha-me à ideia”* (Laura, 88, cidade de Faro); *“Eu nem queria ir para lá. Com tanta gente que lá estava. Então, se eu fosse se calhar apanhava Covid, nem sei”* (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra), cidade de Coimbra).

Para Rosa (73), o acesso manteve-se inalterável: *“sempre que precisei, fui ao hospital”*.

Relativamente à subcategoria que afere a qualidade prestada nos serviços de saúde, apesar do *feedback* de um lote menor dos participantes ter-se revelado como positiva (n=11), a maioria das perceções e respostas neste tópico ditou um padrão negativo, por questões da qualidade do serviço, devido às listas de espera (n=31).

Numa perspetiva de *feedback* positivo, os entrevistados referiram, essencialmente, que os serviços de saúde se mantiveram inalteráveis e num igual funcionamento aos tempos pré pandêmicos:

“Continuou igual o acompanhamento. Centro de saúde bem organizado” (José, 76); *“Tenho uma da tiroide e tenho uma do rim, que também não está a funcionar muito bem. Mas tenho sido bem assistida. Felizmente”* (Laura, 88, cidade de Faro); *“Bom serviço do médico de família”* (Mário, 72); *“Sim, fui à médica de família, foi sempre muito bom”* (Amélia, 61). Há quem compare o SNS Português ao SNS de outros países Europeus: *“Hoje, aquilo que eu vejo aqui está tão bom como em França. O sistema de saúde hoje aqui está tão bom como em França. Eu posso garantir isso”* (António, 73); *“No geral os Serviços de Saúde são bons”* (Jorge, 68, cidade de Aveiro). *“Fui às consultas. Sim. Continuou a haver”* (Rosa, 73) (que tinha partido a perna em casa durante a pandemia); *“Havia acompanhamento por telefone, à distância”* (nº de consultas remotas crescente na pandemia) (Mila, 77, cidade de Lisboa). *“No serviço de saúde nacional eu fui muito bem apoiado. Porque houve uma vez que entrei*

no hospital para fazer o teste e todos os dias me telefonavam para casa para saber como é que estava. Todos os dias” (António, 73); *“Não tenho queixa nenhuma, Até lhe digo que havia dias que se comia muito bem”* (HUC) (Rosa, 88, cidade de Coimbra); Dois participantes que faziam uso do hospital público, alteraram o seu acompanhamento para hospital privado, devido à morosidade das chamadas para as consultas. *“Tinha uma médica de família espetacular, mas era na CUF”* (Luís, 82); *“Durante a pandemia fiz as consultas por telefone com a médica. Continuo a fazer exames e as consultas de seis em seis meses. Esses nunca foram afetados pela pandemia. Tive sempre. Mas no privado. Em relação a parte do COVID, propriamente dito, foi cinco estrelas”* (José, 64).

Como foi descrito acima, o diagnóstico e o padrão de respostas a esta subcategoria foi negativo (n=31). Deste modo, as principais queixas relacionaram-se com o mau atendimento prestado, com a falta de acompanhamento, com a degradação do hospital público e com crescente falta de médicos de família em algumas das áreas de estudo.

Rosa Manuela (78) teve uma queda com gravidade em casa e não conseguiu ser tratada devidamente: *“Nessa altura eu lembro-me que tive muita dificuldade em arranjar médicos, com a pandemia...”*; *“Tenho um problema de coluna que não pude fazer fisioterapia durante uma data de tempo. Havia restrições da fisioterapia, aquilo esteve fechado, e depois o Centro de Saúde não dava as credenciais, e depois não se podia fazer. “Deixei de ir aos HUC, Pura e simplesmente deixei de ir”*; *“Sou do centro saúde Fernão Magalhães. O que é que acontece? Não havia entrada. Porque... as entradas eram terrivelmente restringidas, não”*; Carlos culpabiliza a deterioração do seu estado de saúde devido à razão de não ter sido devidamente acompanhado ou por não ter acedido aos serviços de saúde da forma que esperava e deste modo ter adiado exames. Afirma ter resultado no aparecimento de dois gânglios na tiroide quando regressou mais tarde ao hospital *“Bem como falha de serviço (...) problema de quem teve tumores, por exemplo, eu fazia... análises regulares (.), quando fui lá tinha outra vez dois gânglios na tiroide”* Carlos, 76 (n=5);

O cancelamento de consultas e operações como um problema para os utentes:

“Em 2021 fui operada a uma lesão que tinha na retina e fiquei de fazer os exames e as coisas para fazer essa operação no Hospital Egas Moniz. Só que, entretanto começou a haver os confinamentos e aquilo tudo e foi tudo cancelado” (Maria, 67). *“Houve uma altura em que estiveram encerrados e que não havia hipóteses, Nem atendem os telefones, nem nada disso. Tenho exames para fazer mamografia e não consigo”* (Elisabete, 79); *“Eles (médicos) mandaram-me embora à tarde porque diz que já não podia estar lá por causa do Covid. Eu vim assim mesmo para casa”* (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra), cidade de Coimbra).

No diz respeito à crescente falta de médicos de família e a degradação/ diminuição da qualidade do serviço público, as queixas foram variadas:

“Há falta de médicos em Ílhavo... podiam vir de Aveiro para aqui, era, não era? Não vale a pena eu ir aqui, sei que não estou a ser bem tratada. Gostava de fazer fisioterapia. Isso é que eu queria, que era para fazer...” (falta de fisioterapia após ter partido a perna); *“não me soube curar naquilo que eu tinha”* (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra), cidade de Coimbra) (n=2). *“Senti essa falta de acompanhamento da médica de família”* (Jessy, 72, cidade de Faro).

Para Teresinha (84), quando questionada que tipo de apoio gostaria de receber, aponta a falta de médico de família como o maior problema para o seu bem-estar: *“O que mais me preocupa no meio disto tudo é não ter médico de família para ser acompanhada, porque eu todos os anos fazia exames de rotina...refere várias vezes a falta de médico e família. O médico de família é a única coisa que (...) “Quase toda a gente que não tem médico de família nesta freguesia (Alcântara).. É um problema muito grande em Lisboa. Aquela zona onde havia oito ou que era médicos de família, só há dois e é tudo velho”* [(n=5) - repetição/reforço da mesma ideia várias vezes]; *“Há falta de médicos, fartam-se de dizer, sim, há falta de médicos”* (Maria F., 78).

Vários entrevistados admitiram ter procurado cuidados e acompanhamento em unidades hospitalares privadas, em detrimento do hospital público depois das suas experiências e respostas no público terem sido pouco eficazes:

“Acabei por ir para o privado (Ílhavo) Nessa altura eu lembro-me que tive muita dificuldade em arranjar médicos, com a pandemia...” (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); *“É assim, eu sou um sério defensor do público, mas aquilo a qualidade deteriorou-se, relativamente ao passado, os funcionários eram mais diligentes* (refere-se ao hospital Beatriz Ângelo em Loures) (José Amaro, 69); *“A doutora é muito boa médica. O público é mais ou menos porque às vezes leva-se lá horas. Piorou no covid”*; *“Erámos atendidas de outra maneira. Isso era. Não gostei nada. Tanto que fui imediatamente para outros lados (alertando que havia outras comorbilidades a necessitarem de atenção para além da Covid-19)”* (Maria Helena, 76) (n=2).

Relativamente ao processo de vacinação, dez consideraram o decorrer do processo como positivo e apenas dois como menos positivo:

“Quando foram as vacinas, chamaram-me sempre. Faltei uma vez e continuaram a chamar-me. Ali fui muito bem atendida” (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); *“Cumprí todas as vacinas quando me chamavam. A minha junta de freguesia também funcionou muito bem. Nesse aspeto, punha-nos um táxi e íamos lá, na perfeição tudo.”* (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“Foi cinco estrelas”* (José, 64); *“Eu pessoalmente não tive dificuldade em vacina nenhuma, (junta de Freguesia de Alcântara) olha até nos davam uns saquinhos com uma garrafinha de água, um pacote de água, uma maçã e um pacotinho de bolachas”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); *“Foi tranquilo o processo de vacinação. Fiz até ao primeiro reforço.”*

Mas não faço mais. Não quero mais vacinas, porque cada uma que levei fiquei muito mal” (Maria, 67); *“Comecei a descomprimir quando tomei a primeira dose da vacina. Não sabia se ia criar anticorpos ou não, presumi que sim, porque tinha-me provocado uma ligeira febrícula, e uma dor aqui no bracinho, e, portanto, se está a provocar isto é porque o organismo está a reagir”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa).

Quanto a experiências menos positivas:

“Houve restrições inclusivamente uma das vezes que eu fui à vacina, fui aqui ao Centro de Saúde de Ílhavo, a desorganização era tal, o amontoado das pessoas era tal, a falta de proteção era tão grande que nem num supermercado se viu uma desorganização daquelas” (Jorge, 68, cidade de Aveiro).

4.5 Participação Cívica e Situação Financeira

Esta categoria teve relaciona-se com duas subcategorias: Situação Financeira; e Apoios Institucionais (Municípios, IPSS's ou outros). O primeiro relacionado com o impacto e consequências da pandemia na segurança financeira e consequências a nível laboral na amostra e, o segundo relacionado com os apoios a indivíduos com maior vulnerabilidade recebidos por instituições públicas ou sociais; Relativamente a este tópico, as opiniões foram divididas. Contabilizaram-se (n=13) impressões acerca da perda de poder de compra e da preocupação crescente com as finanças - como consequência da pandemia/confinamento sobre parte da amostra.

“Estou muito preocupado. MUITÍSSIMO mais...as reformas são muito curtas e está tudo mais caro e realmente comecei a pensar que não tinha dinheiro para mandar vir o almoço, por exemplo. Que não tinha dinheiro para medicamentos e por isso comecei a ser afetadíssimo por isso, afetadíssimo por isso” (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Fiquei mais preocupado com a situação financeira depois do Covid”* (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); *“Devido à Covid, fiquei mais preocupada. Isso preocupa-me foi muito... a minha reforma é muito pequenina e tive mais gastos. Tive de ajudar os meus filhos. E depois sobra quase nada”* (Conceição, 87); *“A reforma por invalidez é pequenita”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra) – a repetição da ideia de que as pensões são curtas; *“Ai piorou. Piorou, está claro. São mais despesas. Está tudo também muito mais caro”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa).

Houve quem tenha gasto mais dinheiro pelo facto de passar ter os filhos em casa, diariamente, derivado do confinamento: *“não melhorou porque eu tive lá os filhos sempre em teletrabalho, que piorou. Mas pronto. Eles é que passaram a ganhar dinheiro. Comiam, dormiam... O meu salário começou a ser mais curto”* João, 73; *“Estamos a gastar mais dinheiro em energia”* (José, Amaro, 69).

Houve quem não tenha sentido diferenças consideráveis nos rendimentos ao fim do mês (n=9), e houve quem tivesse até invertido a sua situação financeira durante a fase pandêmica, tendo tido mais capacidade de aforro por estar em casa.

“Não fiquei preocupado com a situação financeira. Não tive problema. Situação financeira é igual” (José Furtado, 76); *“Diminuí os gastos. Claramente”* (José, 64); *“Poupei mais”* (Rosa, 73); *“Melhorou, poupei muito mais dinheiro, gastei muito menos porcarias. Juntei algum dinheiro que não era habitual juntar”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa); *“Sinceramente não, não me afetou muito”* (Artur, 68); *“A minha situação financeira é calma. Não tenho inquietações”* (Manuela, 76); *“Não fiquei mais preocupado com situação financeira”* (Luís, 66); *“É. É igual, porque não tive despesas extra”* (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“Não fiquei preocupado com a situação financeira. Até melhorou porque não havia aquelas saídas. Não havia aqueles gastos que a gente fazia. Pelo contrário, deu-me mais vantagem de ajudar os meus netos: Mais disponível para ajudar. Houve aquela facilidade de, pronto, de ajudar os outros financeiramente”* (António, 73);

Alguns dos participantes relataram receber apoios diretos ou indiretos por parte de instituições variadas, como Municípios ou junta de freguesia, Santa Casa da Misericórdia, centros de dia ou serviços de apoio ao domicílio (alimentação, medicamentos, entre outros); Cerca de (n=12) receberam este tipo de apoio e consideram-nos como positivos:

“Quando parti a perna a Santa Casa da Misericórdia ia lá fazer-me a higiene, lavar e depois levavam-me a comida durante a semana” (fins de 2021) (Maria Helena, 76); *“A Câmara ofereceu ajuda”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra); *“Sou sócia de um género de centro de dia, que fica aqui na baixa (Coimbra). De maneira que vêm fazer limpeza e vêm fazer as compras e comprar medicamentos. Serviço manteve-se durante a COVID”* (Rosa Manuela, 73, cidade de Coimbra); *“Há sempre voluntários. Como o centro de dia está fechado eu mando vir o almoço de lá. Claro que eles vêm-me cá trazer o almoço”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Da Câmara recebi o apoio, da teleassistência e também recebi um cartão para ter medicação de forma gratuita”* (Laura, 88, cidade de Faro)”.

Três participantes mencionaram a enorme contribuição e auxílio por parte do centro de dia de Faro: *“Nós temos aqui carrinhas que vão-me buscar. Buscar e trazer”* (serviço do centro de dia que frequentava). *“Sinto-me muito segura aqui, quero ficar aqui por muito tempo”* (sente-se segura no centro de dia de Faro, sendo este lugar muito importante para ela) (Laura, 88, cidade de Faro); *“Iam-nos levar a comida e vão nos buscar se for preciso”* (Cesarina, 90, cidade de Faro), cidade de Faro); *“Curiosamente foi a Cáritas que me foi ajudar e fez as compras, a levar as coisas em casa. Não foi a Misericórdia de Faro. E eu sou funcionária de lá”* (Jessy, 72, cidade de Faro).

Por outro lado, cerca de (n=7) dos participantes não necessitou, não teve conhecimento ou pediu e não as recebeu apoios.

“É como lhe digo, não precisei porque também tive a ajuda...” (Mila, 77, cidade de Lisboa) – visto que os filhos a auxiliavam no necessário; *“As ajudas não são nenhuma, tanto no Covid, como neste momento”* (Mário, 71); *“Não tive apoio da camara para compras,*

medicamentos, ou que fosse” (António, 73); “não houve grandes apoios. Teria sido importante aquilo que eu tenho agora, porque, entretanto, a vida está muito mais difícil” (Maria S., 67); “Não, nem por isso. É pá nunca necessitei de nenhum tipo de apoio, nem nunca pedi. nunca pedi” (José Amaro, 69); “Fiquei sem carro e por isso uma boa ajuda seria na facilitação dos transportes aqui em Faro, ou o acesso gratuito” (Conceição, 87).

4.6 Atividade Física

A prática de atividade física foi uma das principais ocupações e possíveis “escapes” para a maioria da população na pandemia. Variavelmente de acordo com os níveis de confinamento eram permitidos passeios higiénicos, e por isso as pessoas aproveitavam para sair à rua e praticar exercício físico. Contudo, o facto da amostra deste estudo possuir idades superiores a 65 anos, poderão ter tido mais limitações a este nível. Muitos dos participantes fizeram uso dos espaços verdes envolventes à sua habitação. A existência destes espaços próximos da sua área de residência foi fundamental para a maior ou menor prática de exercício físico. Enquanto outros não tiveram a mesma oportunidade: por falta desses espaços, ou por falta de mobilidade;

Cerca de (n=22) respostas foram dadas nesta categoria de prática de atividade física, o que indicia que na amostra existem indivíduos bastante ativos. A prática de atividade física surge associada à sensação de “liberdade” e “descompressão” para vários dos participantes, e por isso associado ao bem-estar psicológico e saúde física dos mesmos.

“Comecei a fazer mais. Para desanuviar a cabeça. Eu, quando começou a pandemia, tal como quando começou agora a guerra, afetou-me imenso a cabeça” (Maria S., 67);

A realização de caminhadas e passeios foi um tipo de atividade mencionada com muita frequência:

“Tenho o parque da cidade. Se quero andar. (Rosa, 73, Coimbra) “Todos os dias vou até à ria, tem um grande espaço verde. Aproveitar para levar o meu cachorro, todos os dias” (Marco, 65, cidade de Aveiro); “Comecei a fazer mais caminhadas. Eu saio todos os dias” (Maria F., 78); “Continuava a fazer caminhadas. Agora só faço caminhadas em espaços mais amplos” (José Furtado, 76); “Moro na tapada da ajuda. Frequento com os cães. Nunca deixei de fazer caminhadas, até porque a tapada também esteve chegada ao público e eu tive acesso exclusivo no ar puro” (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); “O exercício que eu faço é passear com o meu cão à noite” (Luís, 66);

Cerca de seis participantes reforçaram a ideia da necessidade de continuarem ativos:

“Sempre fui uma pessoa muito ativa, sempre fiz caminhadas, sempre fiz natação. Desde miúda que eu era atleta, fazia corta-mato e tudo. Sempre tive muita atividade” (Amélia, 61); “Como estava tudo fechadinho, natação, ginásios, e então eu ia caminhar para essas coisas, fazia três, quatro quilómetros. Em casa fazia ginástica, e solário na varanda” (Luísa, 70, cidade de Lisboa); “Não prescindo! No dia em que eu prescindir da atividade física... Eu era o indivíduo que nunca fazia menos de dez quilómetros por dia. Nunca.” (Carlos, 76,

cidade de Coimbra) (indivíduo de enorme movimento); *“Vou correr, vou na passadeira, tenho uma bicicleta em casa. Nisso não gosto de me deitar no sofá...”* (João, 73); *“Sempre de bicicleta, sempre a pé, sempre qualquer coisa. Andava sempre, eu nunca estava parado. Eu nunca estava em casa e nem estou. É difícil estar em casa sem fazermos nada”* (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); *“Ando de bicicleta. A mobilidade modificou-se, mas modificou-se para melhor”* (João, 73).

Constatou-se que entraves/restrições resultantes da pandemia tiveram impacto no bem-estar e na frequência da atividade física dos participantes, especialmente para pessoas mais ativas, que viram a sua atividade a ser suprimida.

“A atividade física isso foi uma das coisas chatas. Porque eu tenho meu personal trainer e não pude treinar com ele” (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Passei a fazer menos exercício com PT”* (João, 73); *“Tudo, porque eu fazia natação e hidrogenástica, naquela altura estava tudo fechado”* (Luísa 70); *“Eu fazia hidrogenástica, era a coisa que eu mais gostava, fecharam. E... acabei, pronto, a piscina fechou, o inglês depois também acabou por fechar”* (Mila, 69). *“Então não pude jogar o padel, claro os amigos não podiam ir, ninguém podia aí. E aí não pude. Então era o exercício que eu fazia, que eu sou obrigado a fazer exercício porque eu sou diabético, então tenho sempre que fazer exercício, e Isso aí me prejudicou um pouco. Mas passeava todos os dias”* (Marco, 65, cidade de Aveiro).

4.7 Saúde Física

A condição física e o bem-estar físico foram das principais preocupações da população durante a pandemia, visto que estiveram restringidas de atividades e estiveram confinadas à habitação (sedentarismo) por imposições e força maior, assim como, algumas delas viram a sua condição física a deteriorar-se pela falta de acompanhamento médico que derivou de limitações causadas pela pandemia. Para aferir a condição física dos participantes foi criada a subcategoria “Perceção de Estado de Saúde” (n=32), que foi dividida em perceção positiva (n=9) e perceção negativa (n=32) e “Mudanças de Hábitos – sedentarismo vs. comportamentos saudáveis”. A maioria dos entrevistados indicou uma perceção do seu estado de saúde como negativa:

“Pior, eu deixei de poder andar porque foi proibido e deixei de poder andar na mata todos os dias. Eu engordei. Eu engordei doze quilos. Eu ainda não consegui recuperar” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“Então não pude jogar o padel, claro os amigos não podiam ir e então não fui. eu sou obrigado a fazer exercício porque eu sou diabético, então tenho sempre que fazer exercício, e Isso prejudicou-me um pouco”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Eu sofri um acidente durante a pandemia, portanto tenho um problema de coluna e a minha coluna comprime os meus pulmões. E, portanto, tenho que ter muito cuidado porque eu não respiro a cem por cento”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“Eu caí, na pandemia”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra); *“Apareceram-me manchas no corpo, que é uma espécie de pré-*

psoríase, portanto que levo isso como uma alteração na saúde - vem com ansiedade” (Luísa, 70, cidade de Lisboa); “Gostava de ler mas também comecei a ter muita dificuldade em ler porque campo de visão ficou perturbado e eu, para ler uma coisa simples, tinha que pôr uma régua para não anda a saltitar de linha para linha” (Jorge, 68, cidade de Aveiro); “A única coisa que eu noto realmente é estar a trocar as coisas. E esqueço-me das coisas” (Mila, 77, cidade de Lisboa); “Tive dificuldade em andar” (Laura, 88, cidade de Faro); “A minha condição já estava mal, ou seja, não foi devido à pandemia que a condição piorou, mas sim pela idade e pelos problemas”, “Eu já sem COVID ficava afetada, porque eu deixei de sair com a operação”, “O problema não está no COVID, o meu problema é outro” “Afetou mas foi a minha doença e a minha idade, não o COVID eu quase que não saía de casa” Rosa, 88 (n=4). “Tive e recebi muito menos cuidados. Não se esqueça que eu fazia de três em três meses uma análise a um tumor maligno que deixei de fazer. Quando fui lá tinha outra vez dois gânglios na tiroide por não ir ao médico.... Foram consequências terríveis, que isto trouxe no aspeto de saúde. Não só do acesso, mas também do temor de ser claramente infetado²² numa situação dessas” (n=3) (Carlos, 76, cidade de Coimbra); “Tenho patologias muito piores. Só que realmente nunca lhe chamei Covid²³”; “Ah pois, eu estava tão mal já²⁴, se eu saísse de casa ainda ia apanhar o Covid também?” (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); “A esperança média de vida é uma coisa que há quarenta anos atrás tu tinhas quarenta e cinco anos de esperança média de vida, agora tens oitenta e tal anos de esperança média de vida. Baixou agora, com esta coisa do COVID baixou agora” (João, 73).

Por outro lado, a perceção de estado de saúde positivo/melhorou ou inalterável:

“Porque a saúde, tudo igual” (Mila, 69); “Tive um problema oncológico que, felizmente, até agora, não reincidiu. Faço exames e vou ao médico e a pandemia, não alterou, felizmente, estas questões” (José, 64); “Fisicamente graças a Deus não senti problema nenhum” (Marco, 65, cidade de Aveiro); “no essencial manteve-se inalterável” (Artur, 68); “Sim. Eu não vi alteração nenhuma” (Manuela, 86); “Até melhorou” (João, 73); “Não tive alterações a nível físico, isto foi um problema mental, não foi um problema físico” (Jorge, 68, cidade de Aveiro).

Como segunda subcategoria “Hábitos Vida - Comportamentos Saudáveis vs. Sedentarismo” (n=12), que teve por base avaliar o tipo de comportamentos alimentares e estilos de vida que foram predominantes ou que emergiram na amostra durante a pandemia. De um modo geral (n=9) dos participantes admitiram que os seus comportamentos se deterioraram, admitindo algum descuido a esse nível, resultante em sedentarismo.

²² A associação feita repetidamente ao medo de ser infetado;

²³ Desvalorização do Covid perante patologias/comorbidades anteriores;

²⁴ Ideia de condição física muito vulnerável;

“Muito menos saudáveis. Muito menos saudáveis. Voltei a fumar com o Covid e a estimular esses comportamentos” (Carlos, 76, cidade de Coimbra). Verificamos que houve quem tenha parado de fumar e há quem tenha voltado a fazê-lo, na pandemia. *“Eu acho que a alimentação começou a ser menos variada, porque vamos lá a ver, por uma questão de autodefesa frequentava menos locais de compras, costumava frequentar o mercado”* (José Amaro, 69); *“Eu adquiri na pandemia o que já tinha tendência para ter, o sedentarismo. É o meu único, gosto. Sou muito comodista e, portanto, gosto pouco de grandes caminhadas e quando eu lhe disse que saía, não era para fazer caminhadas. Aí era só para sair de casa, ir à rua e voltar como se fosse ao café. Como se fosse ao mercado”* (José, 64); *“Por estar em casa, comecei a sentir que estava a engordar e não sabia aonde, ainda por cima”* (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“Eu não sei cozinhar e, portanto, comecei a comprar comida praticamente prontas”* (processadas) *vivi sozinha e fui adquirindo, e fui tendo, comendo coisas que eu não devia. Que hoje em dia eu já não faço de novo, está a ver?”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72).

Apenas (n=3) dos participantes indicaram não terem alterado os seus cuidados alimentares/adotarem um estilo de vida saudável, durante a pandemia:

“Mantive alimentação igual. Não fumei mais” (Mário, 72); *“Mas... digamos que a alteração no comportamento penso que não tenha feito assim grande alteração”* (Elisabete, 79); *“Os meus hábitos alimentares, não se alteraram com a pandemia”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); *“Nunca bebi nem fumo”* (António, 73).

4.8 Bem-Estar Psicológico

A categoria “Bem-Estar Psicológico” (n=274) assume particular relevância e atenção quando se verifica que quase todos ou todos os participantes referiram diferentes perceções, significados ou sentimentos relacionados direta e indiretamente com este tema, repetidamente. Esta temática acaba por ser associada e relacionada a outras categorias anteriormente referidos, como a atividade física, isolamento social ou interações sociais, que naturalmente surgem como causa-consequência e possuem linhas em comum.

Considera-se, assim, esta temática como uma fase importante dos resultados, pois avalia sentimentos, pensamentos e perceções da amostra, e, em suma tudo o que teve que ver com o real impacto da pandemia sobre o bem-estar psicológico dos participantes. Possuindo uma maior extensão, sendo que contemplou as seguintes subcategorias: Pensamentos Introspectivos (n=17) Estado de Humor/Padrões de Sono (n=28); Medo de ser infetado ou de Infetar os Outros (n=41); Emoções e Pensamentos Positivo vs. Negativo (n=16); Impacto Geral da Pandemia (sentimentos gerais (n=56), impacto inicial da Covid-19 e exposição aos Media/ceticismo (n=58); Cumprimento das Restrições (n=50); Ganho de Novos Hobbies (n=16); Sentimento de Dependência (n=6); Discriminação da População Idosa (n=26); Sentimento de dever de proteção especial (n=10).

A subcategoria “Pensamentos Introspectivos” contempla discursos de caráter mais abstrato ou existencial por parte dos participantes ao longo das entrevistas. No geral, podemos afirmar que a existência da pandemia Covid-19 fez com que emergisse mais momentos de reflexão por parte dos participantes, e, pensamentos sobre a vida e o que é que representa a vida para eles:

A ideia da longevidade e crescente velhice: *“O tempo é curto, vamos lá gozar”* João, 73; *“E sou capaz de ter menos vontade agora do que tinha. Portanto, a idade também vai começando a avançar um bocadinho”* (Antônio, 73);

Covid-19 como reflexão sobre a incerteza e a ideia de futuro incerto: *“uma coisa que isto nos ensinou? É que a gente não tem a certeza de nada. Nós não sabemos de nada”* (Manuela, 76);

A introspeção e reflexão associada a esta fase e vendo na Covid-19 uma oportunidade: *“para mim foi uma fase mais introspectiva e de reflexão. Para mim foi bom.* João, 73;

A percepção de perda de memória durante a Covid-19: *“A idade... vai-se esquecendo as coisas, é normal”* (Laura, 88, cidade de Faro);

O sentimento de fraqueza e impotência perante uma pandemia: *“nós somos muito pequeninos e que estamos sujeitos a de repente estarmos perante um cenário que nunca idealizámos ou que nunca pensámos, não é?”*; *“Eu acho que a minha reflexão sobre a morte foi na percepção da fragilidade que nós somos perante o mundo. Portanto, nesse contexto, a morte faz-nos pensar que nós somos pequeninos. Todos os dias pensava, ou ter um pensamento sobre a morte, o que é esta coisa da morte”* (João, 73) (n=2);

A pandemia associada ao “desconhecido”: *“A falta de garantias... cria ansiedade; A sensibilidade é importante para a sociedade, quer dizer, não estamos sozinhos no mundo”* (João, 73);

Reflexão sobre o que pode ser a “qualidade de vida” na perspetiva de João (73): *“Chamas qualidade de vida, um tipo tem as necessidades básicas minhas, para mim eu quero comer, viver, dormir. O meu espaço. Mas há tipos que a qualidade de vida é ter acesso a bens culturais, quero ver ópera. Portanto tu mudas, o padrão qualidade de vida não é igual para todos. “Portanto, o tipo é feliz, faz aquilo que sempre fez e é aquilo que é o padrão dele. Eu não tenho dúvida nenhuma que a saúde, a tendência da saúde, vai ser uma saúde personalizada”*; *“Dar dignidade à vida. Mas o que quero dizer com isso é que estes três fatores, superinteligência, super longevidade e super bem-estar, são três fatores que são, normalmente, nossos objetivos. Resiliência e adaptabilidade”* (João, 73);

Pensamentos que reforçam a importância da vida para além da pandemia: *“Para já, não me apetece nada morrer, não apetece nada, não é? E, e segundo... agora, viver, sem mobilidade era morrer para mim”*; *“enfim, eh pá, não vou passar os anos finais da minha vida fechado... já não tenho muitos anos não é?”* (Carlos, 75); *“A ideia é que eu acho que as pessoas agora estão todas muito diferentes. Para pior. Já não são tão amigas. Já pensam*

muito mais nelas do que nos outros. Isso é verdade. Queria era estar sossegada... Eu não tenho ambições” (Laura, 88, cidade de Faro);

A forma como enfrentarmos a pandemia, segundo Jessy (72), varia de acordo com a atitude e pela forma de ser de cada um (emoção versus racionalidade): *“Eu acredito que a forma de ultrapassar tem muito a ver em como nós encaramos a vida. Se somos mais sentimentais se somos mais racionais. As pessoas mais emotivas, as mais racionais, lidaram de forma diferente com a pandemia”*.

A subcategoria “Estado de humor/Padrões de sono” visou avaliar sintomas de ansiedade, depressão, stress e sono durante a pandemia. As respostas revelaram um padrão tendencialmente negativo afeto a esta temática, sendo que (n=19) da amostra sentiram mais ansiedade durante a pandemia e, por outro lado, uma percentagem inferior dos participantes não sentiu mais dificuldades devido à pandemia a este nível ou até sentiu uma diminuição (n=11).

A prática de atividade física associada ao sentimento de alívio psicológico e bem-estar psicológico: *“Comecei a fazer mais. Para desanuviar a cabeça. Eu, quando começou a pandemia, tal como quando começou agora a guerra, afetou-me imenso a cabeça”*; *“Senti mais ansiedade e depressão. A nível de depressão eu sempre fui muito dada a depressões. Nesta altura, neste momento, sinto-me assim à beira de um burnout”* (Maria S, 67); *“hoje não tenho a capacidade de raciocínio, de... de movimentação, de mobilidade... Mesmo a mobilidade linguística, não tenho aquela que tinha antes, noto isso”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Quando estava stressado ia para o mar”* (José Amaro, 67).

Houve relatos de quem tivesse tido consequências físicas derivadas das psicológicas: *“Estive um tempo em casa e aquilo mexeu muito comigo, com a minha cabeça, com as costelas, com tudo”* (Maria Helena, 76); *“Que a dada altura começam a aparecer problemas de pelo, aqui umas manchas vermelhas, aqui umas manchas na barriga, e não sei quê. Isto foi tudo stress.”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa); *“O padrão do sono... esquece... passou de vinte para três. Dormi oito horas por noite, ou sete horas por noite, um velho não precisa de dormir mais que isto... agora, quando durmo duas seguidas, duas horas seguidas, é muito. Devido a ansiedade. A afetação do sono mexe com tudo”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Ansiedade, muita ansiedade. Sono, deixei de dormir bem. Pronto. Acordo, portanto, os meus sonos alteraram-se. Resultam também da pandemia”* (Luís, 82).

Houve quem não tivesse tido a perceção de mais stress/ansiedade durante esta fase, e alguns dos participantes confessam ter até diminuído. *“Tive mais ansiedade nem alterações no sono”* (José, 64); *“Não, não me senti ansioso...”* (Mário, 72); *a ansiedade é um problema, é grave. E eu acho que não passei por aí”* (António, 73); *“Não. Senti-me sempre calma e durmo sempre bem”* (Conceição, 87).

Dificuldade em dormir, contudo, fazendo uma desculpabilização da covid-19 perante os seus problemas: *“Pois, eu vou para a cama e custa-me a adormecer mas isso é a velhice. É o*

ciclo da idade, não tem nada a ver com o covid” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); “Olhe, tem-me tirado mais sono é esta coisa da guerra” (Manuela, 76).

Foi criada a subcategoria “Medo de ser infetado ou infetar os outros” com o objetivo de analisar de que forma a amostra procurou se proteger e proteger os outros. A necessidade de proteção associada à preocupação moral em não contagiar os outros, os cuidados a ter (como o distanciamento), ou seja, a consciencialização dos indivíduos perante os perigos de contágio. O medo de ser infetado/infetar os outros foi por inúmeras vezes relacionado com a temática da socialização. Deste modo, verificou-se que cerca de 90% dos participantes referiram ter receio de ser infetado bem como tomaram cuidado para não contagiar os outros e, apenas pouco menos de 10% revelaram indiferença e não apresentaram preocupações.

A necessidade e preocupação em proteger os outros: *“passou-se uns meses sem eu o ver (ao filho) porque, claro, estava sempre com medo porque tinha uma filha pequenina nessa altura” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); “O meu receio era que a minha família apanhasse essa doença através de mim. Sim, e protegia-me sempre muito, para que não apanhasse este problema, e não transmitisse depois em casa” (Conceição, 87); “Eu também tinha que me defender, tinha a velhota na minha casa Tenho que defender a família”, “Ter de me defender de ir a sítios, por precaução e não infetar os meus amigos” (José Amaro, 69); “As pessoas mais velhas são muito mais cuidadosas do que os novos” (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); “No aspeto de saúde... Não só do acesso, mas também do temor de ser claramente infetado numa situação dessas”, “Com medo dessa situação e com medo de eu as infetar...”, “medo atroz de ser infetado, eu... entendo, e leio, e vejo não sei quê... não tenho o sistema imunitário... eu apanho isto e estou feito”; “criei essa situação e esse medo. E é evidentemente que isso mentalmente, como deve estar a calcular, afetou-me... mas muitíssimo” (Carlos, 76, cidade de Coimbra) (n=6).*

Receio de trazer o vírus para dentro de casa: *“eu fazia as compras. Pronto. A minha mulher, na cabeça dela, pensava “pronto, vem já com o vírus” (António, 73); “No autocarro tossia, fosse quem fosse, eu vi muita gente e também se calhar fiz o mesmo, saís, afastas-te. Saís logo dali” (Maria F, 78).*

Cuidados tidos pela amostra para evitar contágios: *“usavas aquelas luvinhas porque saís de casa, tens que abrir a porta do elevador, tens que carregar no botão onde toda a gente carregou ou então carregavas com a chave” (Maria F, 78); “Punha a máscara. Pronto, chegava a casa, desinfetava-me e isso tudo”, “Olha, é assim, vocês entram cá em casa, vão á casa de banho, lavam as mãos. Andam sempre de máscara, e eu também” (Luísa, 79). “Portanto, e tínhamos cuidados com os vizinhos, não andávamos propriamente aos abraços. Foi coisa que me custou muito” (Luísa, 70, cidade de Lisboa); “tive receio de ficar doente, e medo de sair e ser infetada, tive medo. Pois, tanto que evitava sair de casa” (Maria Helena, 76); “conheço várias pessoas que tinham tanto medo, tanto medo de que não saíam de casa.*

Fechavam-se em casa. Eu acho que se isso me tivesse acontecido já me tinha mandado do segundo andar cá para baixo” (Maria S., 67); *“O pânico, o medo... Está bem, chega-te para lá, queres a fita métrica? Dois metros?”*. Uma vez que um polícia foi lá uma vez, porque as cadeiras que estavam demasiado perto. Disse *“Peço desculpa, mas ainda não trago a fita métrica na carteira”* (Mila, 69); *“Pelo amor de Deus chega para lá”*. Está a perceber? *“E qual é o problema?”* *“Qual é o problema? É que eu não quero ser contaminada. Para lá”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72) (n=2).

Todavia, uma fação reduzida da amostra demonstrou alguma despreocupação e indiferença quanto à pandemia e em concreto, perante o medo de ser infetado ou infetar os outros.

“Se tive receio? Não. Enfrentei como era a realidade na altura. Então, mas saem milhares de pessoas que estão com o vírus, eu também o apanhei. Por que razão hei-de estar preocupado? Pronto. Veio ter comigo e eu assumi” (António, 73); *“Saía, resguardada com a máscara, mas nunca tive medo, medo de sair, não”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra), *“Não. Medo de sair ou ser infetada não tive”* (Maria S., 67); *“Nunca tive medo de sair. Saía todos os dias. Saía protegido fazia aquela volta higiénica”* (José, 64);

Preparação psicológica resiliência perante a COVID-19: *“não sou muito dada a medos porque uma pessoa quando vive sozinha, não pode viver assim com essas coisas. Eu tenho assim uma estrutura já que me vem de nova de enfrentar algumas coisas... Por acaso, nunca tive medo. Até diziam que eu era um bocado destravada”* (Manuela, 76);

Maior precaução devido a doença, no entanto sem alarme: *“por ter diabetes, eu tinha que tomar mais cuidado, então. Mas eu nunca fui muito de tomar muito cuidado, então era tinha que me policiar mais”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Não, para mim foi igualzinho, foi igual a outra coisa. A pandemia para mim... tive os cuidados que devia de ter, mas nunca... nunca, não nunca dei importância, estás a ver?”* (Luís, 66).

A subcategoria “Emoções e Pensamentos Positivos vs. Emoções Negativas, procurou compreender as perceções e estado de espírito dos participantes, de modo genérico. Neste caso, as respostas por parte dos participantes a este tópico foram divididas. Cerca de 50 % dos participantes revelaram-se mais positivos e otimistas (ou pelo menos, não se sentiram mais negativos), sendo que, a outra metade sentiu emoções menos positivas e mais pessimistas:

“Eu vivi melhor eu estando positivo” (António, 73); *“Sim, muito. Sou otimista”* (Jorge, 68, cidade de Aveiro); *“Sim, eu também sou uma pessoa que, quer dizer, também sou uma pessoa positiva”* (Amélia, 61); *“não me senti mais negativo, não”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“sou uma pessoa extremamente racional. E como sou, sei manter a calma”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72).

Ideia de relativização e superação em relação à pandemia – *“se estou mal tenho que me por bem, não vale a pena. Portanto, é melhor estar bem. Ok? Pronto. Não vamos voltar nunca ao antes Não vamos”* Mila, 69; *“Se vamos falar do pessimismo então nunca mais nos safamos. Temos que ser otimistas também nestas coisas”* (António, 73).

Ao contrário, os participantes menos positivos revelaram um estado de espírito mais desmotivado e preocupado:

“Não posso ser muito positiva” (Maria Helena, 76); *“Todo o mundo estava mais preocupado, mais apreensivo”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“As pessoas estão mais negativas, estão. Veio... ao de cima o pior das pessoas. As pessoas estão perfeitamente intolerantes. Uma coisa que a mim me faz uma confusão desgraçada! Não havia outra doença em Portugal que não fosse Covid?”* (Mila, 69); *“Positivo? Não, continuo com medo...”* (Luís, 82).

Quanto à subcategoria “impacto geral da pandemia – sentimentos gerais” esta procurou agregar opiniões mais genéricas por parte dos participantes sobre a pandemia. Alguns participantes teceram comentários no sentido de uma maior desvalorização generalizada da pandemia, outros indicam ter-se adaptado da forma possível, enquanto outros admitiram ser realmente afetados.

Numa perspetiva de desvalorização, a pandemia COVID-19 foi comparada a outras pandemias anteriores, tentando-se minimizar o seu impacto:

“Antigamente quantas doenças vinham e corria Portugal inteiro e o que é que havia?” (Cesarina, 90, cidade de Faro); *“repare, eu passei por uma coisa chamada a gripe asiática, igualmente perigosa”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“E depois quem passa por esse problema o Covid também é uma coisa menor”* (Jorge, 68, cidade de Aveiro) – desvalorização da pandemia, valorizando o facto de já ter passado por três AVC's; *“É que eu vivi no meu tempo – como é que se chamava a gripe, espera lá? – asiática, portanto, já tinha tido aquela escola de ser miúda e a asiática, faz favor, esta... esta, embora, sim sim. Respeitadora, com muita higiene, muito cuidado ao princípio”* (Maria F., 78); *“Havia mais para além de covid: não havia doenças, pronto, só havia COVID. Portanto, cancros, enfartes, não sei quê... muita gente a morrer, muita gente com cancros a serem diagnosticados tardiamente porque não havia... as pessoas tinham medo”* (Mila, 69).

De grosso modo, o diagnóstico geral feito nesta subcategoria pelos participantes mostrou que a maioria sentiu-se afetada pela pandemia:

“É duro. A gente ter um familiar e nunca mais o ver?” (Maria Helena 76); *“Senti-me preso pá, isto é uma prisão dourada mas é prisão pá, não posso sair de casa, não posso ir a lado nenhum”* (Artur, 68); *“No tempo do Covid não. Eu fiquei mais preocupada foi quando cai realmente”* (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); *“Para mim, o impacto do COVID foi mais, foi fundamentalmente dois: o social e digamos cultural... Com a pandemia deixei de fazer viagens, foi uma parte que me custou muito”* (José Amaro, 69); *“Afetou, especialmente porque eu deixei de fazer as coisas que gostava. Foi só por isso. Mas, inevitavelmente, a saúde mental afeta-nos a todos.”* (Mila, 69); *“A experiência foi péssima, do pior possível”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra) - Carlos (76), foi um dos participantes da amostra com maior afetação, em praticamente todas as temáticas analisadas - *“Terrivelmente traumatizante”* -

(reiterou por varias vezes); *“aspetos positivos, nada. Quer dizer, para mim foi... eh pá, quase como que me cortarem a cabeça. Foi quase como cortar a cabeça. Foi... uma desgraça total. porque mudou... a minha vida completamente”*.

As mortes de familiares tiveram um impacto traumatizante no núcleo das famílias: *“A brutalidade e o choque daqueles que assistiram a cerimónias fúnebres nesta fase, foi também descrito: “Aquilo foi horrível. Foi horrível porque foi uma violência muito grande porque ela não tinha covid e tinha... Até hoje, isso ainda eu não superei até hoje”* – até hoje o longo impacto psicológico não foi superado. *“Dez metros de distância. Só pude ir eu, a minha irmã e a minha sobrinha. Não pôde ir mais ninguém”, “Sim, mas a única coisa que me afetou mesmo a sério, foi a morte da minha mãe. A forma como aconteceu...depois racionalizei. Portanto, racionalizei dizendo “não podias ter feito melhor”. Pronto. Mas isso afetou imenso, porque na altura era a minha companhia”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72) – aceitação de que não poderia ter feito melhor; *“O abraço digital não funciona. A malta gosta de sentir. E o contacto físico é uma coisa fundamental. Portanto, a ausência de contacto físico acho que foi uma das piores coisas que aconteceu durante o período do confinamento. Não poder abraçar... Tenho um neto, o “gajo” abraçava-me e dizia "estou nas tintas" e tal, saltava para cima de mim”* (João, 73); *A única coisa que saiu do normal foi isso que expliquei pá, de estar mais sozinho, com menos pessoas para conviver vá, a convivência...* (Luís, 66) - não foi afetado mas faltou os amigos apenas; *“Sou muito sofrido com a pandemia, portanto pandemia provocou-me um sofrimento psíquico muito grave. Do género, eu sou uma pessoa muito sociável como deu para ver, não é. E, portanto, quando chegou a pandemia, eu fui muito rigoroso no meu comportamento, é não sair de casa, eu não saio de casa. É usar máscara, usar máscara. É tudo. Olha, medo”* (Luís, 82).

Por outro lado, ainda neste tópico sobre o impacto geral da pandemia, foi apontado por parte de vários participantes alguma indiferença e não afetação, bem como, de adaptabilidade e resiliência:

“Não. Não. Não tem feito diferença nenhuma, tenho tido sempre muito cuidado de andar com máscaras e não, não afetou nada. Não. Estive bem” (Laura, 88, cidade de Faro); *“vivi a pandemia, eu falo por mim, não senti assim grandes dificuldades. Não. Pronto. Encarei aquilo como uma coisa normal”* (António, 73); *“A mim não me afetou nada, porque eu fazia... tudo o que eu faço era o que eu já fazia”* (Rosa, 73); *“A máscara e o distanciamento físico não me afetaram”* (José, 64); *“A mim não me afetou tanto também da maneira da pessoa que eu sou, porque como sou uma pessoa ativa. Arranjei outras coisas para fazer até que gosto e isso anulou o isolamento”* (Amélia, 61).

Verificou-se que alguns participantes relativizaram o impacto da pandemia, quando comparado com outros problemas mais sérios e graves nas suas vidas:

“E o Covid foi uma coisa que eu acho que... a mim já não me afetou, porque eu já estava afetada, não é?” “E não foi o Covid que me afetou, foi o cair. Que eu não entendo, ainda

hoje, como é que eu caí de tal maneira, não é?”, “A minha queda foi preocupante. Isto é para a vida. O que tenho é para a vida. Porque o que eu perdi, alguma massa encefálica que tenha perdido, não se pode meter” (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); “Eu praticamente já não fazia nada.” (teve um avc e andava muito debilitado) (Jorge, 68, cidade de Aveiro); “O Covid 19, para mim, a gente andava sempre com medo, não é? Nunca me afetou. Diretamente não me afetou, não é? Mas a gente vê os outros com graves problemas e até mortes que houve cá também em Ílhavo alguns” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); “Isso, por acaso, não afetou nada, como já disse”, “Não mudei muito. Não posso ser de outra maneira. Percebe? Isso já é uma coisa que já é feito ou defeito.” (Manuela, 76); “Mas eu não me sentia preocupado, seria uma coisa natural... Sim, as pandemias têm acontecido ao longo dos séculos” (Jorge, 68, cidade de Aveiro); “Não vale a pena culpar o COVID que ele não tem culpa nenhuma comigo. Não, não tem.” (Rosa, 88, cidade de Coimbra); “Eu sou sincera, eu não, a mim a nível mental não me afetou muito. Porquê? Porque eu mesmo dentro de casa estou sempre ativa” (Amélia, 61).

Capacidade de readaptação: “Eu, para mim, a Covid foi um susto, um susto grande, e limitou-me. Mas, depois, com... sempre tentando ter algum cuidado... a pouco e pouco fui-me readaptando, as minhas limitações, eu não chego a entender muito bem se é só por causa da Covid ou se será também com a ajuda dos anitos mais que tenho agora. Noto na minha memória, é o que eu noto mais ainda, é a minha memória. Portanto, a memória está afetada, mas é o que eu digo, não sei se a Covid teve alguma influência” (Elisabete, 79). “Não, não. Não estou a sentir nada. Eu, agora, até me estou a sentir é mais liberto” (Mário, 72); “Até porque temos aqui já um indicador que é, provavelmente a sua saúde preocupa-o muito mais, os problemas que já tinha, do que o próprio Covid” (Jorge, 61); “Quanto a mim, acho que me sinto ainda bem. Pronto. Vivi mais ou menos a pandemia até hoje, mais ou menos descontráido” (António, 73).

A ideia de consciencialização, aceitação e normalização da pandemia – “já estava mentalizada. Não foi tão difícil porque a gente já estava mentalizada que tinha que ser assim - teve que ser assim” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); “Não havia hipótese. Quer dizer, nós sabíamos que era para o nosso bem, portanto... e era para todos, não era só... É pá acho que tinha de ser, assim ou de uma forma parecida. Aqui havia controlos de rua com a PSP” José (Amaro, 69); “Não, cá... cá acho que atuaram muito bem, pá se queres que te diga é a minha opinião (atuação política)” (Luís, 66); “Eu sou uma pessoa que me adapto. Eu adapto-me a qualquer coisa, não me deixei alarmar” (Laura, 89); “Eu aceitei com alguma normalidade, porque eu sou toda assim, não... sou calma e adapto-me” (Conceição, 87).

A subcategoria “impacto Inicial de Covid-19 e Exposição aos Media/Ceticismo” tem em conta as primeiras impressões e primeiro contacto com a covid-19, tendo por base as primeiras notícias e o papel dos media neste processo.

Ao nível da qualidade da informação, os participantes consideraram que houve excesso de informação e por vezes o que era transmitido era confuso.

“Havia demasiada informação diariamente. Era um massacre de informação.” (Artur, 68); *“Completamente bombardeado, porque repare, por mais que eu não quisesse, tinha que ouvir. Tinha que ouvir”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“E a televisão a dada altura deixei de ver telejornais”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa) – notícias negativas; *“Muito embora a informação não fosse muito, muito, muito correta”* (Artur, 68); *“Aborrecia-me, porque achava que era cansativo estarem sempre a mesma coisa e sempre a mostrarem a espetarem as pessoas”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); *“Havia informação a toda hora, claro. E isso também fazia mal à cabeça.”* (Maria Helena, 76); *“Sim, isso foi bem divulgado, não foi por aí?”* (José Amaro, 69).

No que toca ao impacto inicial, a maioria dos participantes que responderam a esta questão confirmaram o expectável medo e impacto inicial “aterrorizante” e “desconhecido”:

“Primeiras notícias... Aterrorizado, muitas vezes” (Carlos, 76); *“Houve demasiada informação e pouco precisa. No meu entendimento. Quer dizer, podíamos ter... o choque do vírus foi grande, porque ninguém sabia o que era, um vírus novo... Medo. Sim. O início foi medo”* (Artur, 86); *“Receio do desconhecido”* (Maria S., 67); *“O primeiro impacto foi um bocado expectante. Quando as notícias surgiram, eu tinha uma viagem marcada para Dublin, para a Irlanda, com a minha mulher e desmarcámos logo, ainda se saber do que se tratava”* (José, 64); *“Quando a pandemia começou? Mas... pois deixei de sair de casa, nem ia à do meu filho”* (Maria Helena, 76); *“A notícia recebemos todos com... com choque. Foi uma absoluta novidade”*, (Manuela, 76); *“O receio era grande, porque é sempre assim, não é? Você acha sempre que vai acontecer com alguém que você não conhece”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Medo. Muito medo. Medo por causa da minha idade, por causa dos meus problemas de saúde – está a ver? – e porque na altura estava com a minha mãe e ela já tinha oitenta e nove anos”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“A notícia da pandemia, talvez eu como muita gente como eu, não somos muito letradas, temos a quarta classe, a gente não mede talvez o perigo tanto como uma pessoa letrada”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra); *“Sim. Sim. E assustei-me muito, muito. Fiquei muito assustada no início,”* (Elisabete, 79) – o choque e o medo ao início, o desconhecido sobre o que poderia acontecer a seguir; *“Perda de direitos individuais como primeiro pensamento e impacto: A primeira reação sobre o confinamento é uma reação de perda de direitos. É uma perda de direitos individuais”* (João, 73).

No que diz respeito à subcategoria “Cumprimento das Restrições” pudemos perceber que a opinião dos entrevistados que responderam sobre esta temática (n=20), foi unânime: todos realçaram a importância do cumprimento das medidas aplicadas pelo Governo como uma parte fundamental ao combate ao COVID. Todos estes entrevistados deixaram relatos sobre a forma como foram aplicando

as medidas no seu dia-a-dia, nomeadamente, o uso de máscara que foi referido por todos os participantes:

“Sempre muito cuidadosa, sempre de máscara” (Maria F., 78); *“Não fiquei paranóico nem nada disso. Usei máscara, lavava as mãos, punha lá aquela coisa quando entravas no supermercado.”* (Luís, 66); *“Mais cautelosa e tenho cuidados que antigamente não ligava. Por exemplo, eu vou à casa de banho, eu nunca mais saí de uma casa de banho sem lavar as mãos.”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“Quando ia para os transportes, usava aquelas máscaras brancas que nos protegem a nós e aos outros.”* (José, 64); *“Eu também evitava ajuntamentos.”* (José A., 69); *“Faço as minhas compras, ponho a máscara e às vezes venho tão distraída que só quando quase chego à porta de casa é que me lembro que ainda venho de máscara.”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); *“Tinha os cuidados que eram recomendados porque vivo em sociedade e temos que respeitar as recomendações sociais.”* (Jorge, 68, cidade de Aveiro); *“Desinfetar as mãos. Fazia aquelas coisas que aconselhavam a fazer. Quando vinha para casa... os sapatos ficavam à porta e tinha uns sapatos para depois andar dentro de casa.”* (Elisabete, 79); *“Eu máscara não vou deixar tão depressa.”* (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“Agora os espaços sempre usei máscara, como ainda agora em qualquer lado já ninguém usa mas eu ainda uso.”* (Amélia, 61); *“As restrições tinham que ser aquelas, não podia ser outras, senão então era a desgraça total. Achei que foram corretas (restrições)... Acho que a melhor maneira de controlar a pandemia foi aplicando essas regras”* (Carlos 76).

Alguns entrevistados manifestaram também a dificuldade associada a algumas das restrições nas suas vidas, sem que isso fosse, no entanto, um impedimento ao seu cumprimento:

“Eu tenho que ir ao supermercado, mas vou aprovadíssimo. Porque máscara é muito bom, e não sei quê, mas eu detesto a máscara.” (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Não gosto nada de andar de máscara mas pronto...”* (Mila, 69); *“Vinha sempre, pronto, com máscara para a rua, que era a coisa que mais me custa.”* (Maria S., 67).

A subcategoria “Ganho de novos *Hobbies*” relaciona-se como o próprio nome indica, com a aquisição de novos passatempos por parte da amostra durante a pandemia. Como já vimos acima, a população despendia de maior tempo e aproveitou esse tempo para aprender, para ler, entre outras coisas acabando por ganhar novos hábitos ou reforçando a prática de hábitos anteriores.

No exemplo de João (73), que disse ver a pandemia como uma oportunidade na sua vida, aprendeu a tocar saxofone e a andar de bicicleta; *“Comecei a pôr metas e disse aos meus netos. “Este ano”, primeiro Natal em que a família não estava junta, então disse “eu vou prometer uma coisa, no natal eu tenho que saber tocar três canções de Natal”. E foi. Portanto, nesse Natal eu toquei três canções de saxofone.”* Mas não só: *“Eu sem querer, comecei a visitar mais igrejas, espaços que ninguém me chateava, que era um silêncio incrível, portanto, é verdade que houve aqui uma transformação de caráter...”* – refere uma

transformação no seu caráter, *“Dediquei-me muito ou bastante à inteligência artificial”* (João, 73). O testemunho de João (73) é demonstrativo que é possível transformar um problema em oportunidade: *“Eu aproveitei o COVID para adquirir um conjunto de coisas que agora não quero perder. Eu transformei um problema em algumas oportunidades. Não quero deixar de tocar saxofone, que nunca na minha vida pensei tocar saxofone, aprendi a fazer o cubo mágico, quero fazer o cubo mágico. Eu acho que adquirir um conjunto de valências, devido ao COVID, que não quero perdê-las, mas quero tê-las.”*; *“Tive que arranjar soluções, porque eu ficar em fazer nada... punha música, música rock, música não sei quê, alto, corria, fazia... Fazia corrida de endurance, da cozinha para a sala, da sala para a cozinha. Os primeiros meses do primeiro confinamento”*, *“Comecei a pintar, a pintar arte nova... Depois comecei a fazer também ainda arte nova”* A pintura foi a coisa me ajudou a ultrapassar esta fase... e foi uma coisa muito importante. Entrei num processo criativo de coisas feitas só por mim, não baseadas nos outros. Para o próximo ano vou fazer essa exposição” (Luísa, 70, cidade de Lisboa); *“A minha ocupação principal é ouvir música”* (Luís, 82); Conceição (87), encontrou na horta e o seu passatempo como forma de reduzir a sensação de solidão - *“Fiquei mais sozinha em casa. Mas eu gosto muito de ler. E eu gosto muito de regar as plantas. Eu gosto”*; Para Laura (88), a costura foi o principal escape durante a pandemia: *“Entretive-me muito com isso. Bainhas para levantar, os fechos para cortar, isso tudo. Ainda hoje faço isso”*; *“Sim. Sim. Aprendi mais. Sempre eu fiz e faço muito é o crochet”* (Laura, 88, cidade de Faro); *“Sim, eu também talvez me tenha dedicado mais ao computador e não sei quê... ao tablet, tenho tudo e mais alguma coisa que me oferecem...”* (Elisabete, 79); *“Eu tenho la, pronto sempre tive, uns canteiros com salsa... Eu nunca na minha vida tinha acabado aquilo. Nunca... agora que tive tempo, foi uma boa maneira de me entreter par além do mar”* (José Amaro, 69); *“Leio muito mais”* (Mila, 77, cidade de Lisboa).

A subcategoria “sentimento de dependência” recaiu sobre alguns testemunhos que participantes que, devido à sua condição mais frágil e vulnerável, encontravam-se numa situação de dependência. Ajudas em compras (alimentação e supermercado), auxílio à mobilidade ou auxílio a assuntos variados foram os principais tipos de dependência indicados. A maioria das ajudas provieram por parte dos filhos ou familiares:

“Ele é que me faz as compras, ele é que trata dos assuntos todos. Medicamentos, compras”, *“Sozinha não vou a lado nenhum. Eu só saio com o meu filho ou alguém que me venha buscar de carro. Quando me vêm buscar já sabem que têm de trazer de novo”* (Rosa, 88, cidade de Coimbra); *“As compras e medicamentos, é com a minha filha”* (Rosa Manuela, 78).

No que diz respeito à subcategoria “Discriminação da População Idosa” convém, desde já, adiantarmos que a discriminação pode ocorrer numa perspetiva positiva, ou, com uma conotação

negativa (possuindo significados mais negativos); Este tópico originou uma ampla interpretação/leitura por parte dos participantes, sendo que apenas 20% da amostra indicou ter conhecimento de situações em que foi aplicada discriminação positiva perante as mesmas ou terceiros. Os restantes participantes (80%), relataram casos de discriminação negativa à população idosa.

Numa perspetiva de discriminação positiva, a preocupação em proteger e cuidar dos idosos foi consensual nas respostas:

“Se houve, no meu entender, felizmente, passou a haver uma discriminação positiva dos idosos. Um cuidado maior com o idoso, o que é positivo. Tem que ser discriminação, mas, felizmente, é positiva” (José, 64); *“Por um lado, dá mais a impressão, pelas notícias que nós ouvíamos, que havia uma certa proteção e de cuidado com os velhotes, nos lares”. “Mas também se pode ter uma perspetiva ao contrário. Largaram “os velhos na mão, abandonaram os velhos, não é? Eu acho que politicamente houve essa tentativa de proteger as pessoas com maior risco”* (José Furtado, 76); *“A perceção que tive foi que as pessoas mas interesse em cuidar, em saber se as pessoas estavam bem, se precisavam de alguma coisa, dos mais novos para os mais velhos”* (Elisabete, 79) – discriminação positiva; *“Não podemos sair, porque... normalmente uma pessoa de mais idade tem várias patologias... e por isto e por aquilo e tem que ter cuidado”* (Mila, 69) *“Não, nunca senti discriminação negativa aos idosos”* (Luís, 82); *“Porque eu tinha receio e sabia que na idade dela era extremamente perigoso, mas ela não se preocupava com isso”* (sobre a mãe) (Jessy, 72, cidade de Faro), 72) (discriminação positiva); *O meu filho que está no Rio de Janeiro me ligava “pai, toma cuidado, vai de máscara, não esquece da máscara”, essas coisas todas. Então esse medo era, existia, não é?”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Mãe está a haver já muitas... muitas infeções, muitas coisas e... mãe, tem cuidado, não andes de autocarro”.* (Mila, 69); *“Embora tenha a minha mãe numa instituição, onde eles levaram, acho que levaram demasiado à regra, à letra as regras instituídas. Mas houve demasiado cuidado para a saúde mental dos velhotes, tanta restrição, tanta preocupação.”* (Artur, 68); *“Os netos tinham medo de ir ter com os avós, com o medo de lhes pegar o COVID, percebes?”* (Luís, 66); *“houve alguma discriminação entre os mais velhos. Isso claro. E houve uma proteção, que não foi autoproteção, “os teus netos não podem ir para casa porque eles andam aí na vida, é uma chatice e tal”. Eu acho que isso que é, vejo isso como um fator de amor. Acho que houve discriminação, num bom sentido”* (João, 73);

Quanto a discursos que representem a ideia de discriminação negativa foram cerca (n=20):

“Eu fui a um dentista aqui logo passado, já tinha passado um mês e tal e o dentista pôs-me fora da sala por eu dizer que tinha tido Covid e que ia lá por causa de... “Ah, então vá-se embora”; *“Mesmo as pessoas, além de se proteger, discriminavam muito”* (Amélia, 61) (n=2); Maria Helena (76), reporta um episódio que teve em público, onde sofreu de

discriminação. “*não tem idade para isso*” (...) – “*como se eu fosse já uma pessoa muito idosa*”; “*Até pela televisão, isso é que eu notava que os velhos eram sempre postos cá para baixo*” (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); “*Fiquei muito irritada, agora as pessoas de idade, a partir dos setenta não podem sair.*” *Não podem sair. Não podem ir comprar o jornal, não podem ir ao café, não pode. Eu digo assim “não podem? Então, vão estar, agora, a mandar?”.* *Se a pessoa pode ir, não tem receio, vai com cuidado ou com responsabilidade irritou-me imenso. Tanto que eu saí logo passado um dia ou dois,* (Manuela, 76) - sentimento de indignação; “*Quem tinha mais de setenta anos, não. A Polícia estava na rua, mandava a gente para casa. Eu lembro que uma vez fui ao supermercado, ia ao Jumbo de carro, na volta a Polícia estava parada, mandou parar e perguntou o que é que eu estava fazendo na rua e eu disse “eu fui ao supermercado fazer compras” e ele pediu o comprovativo. Eu mostrei a fatura e ele assim: “então vá para casa já”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); “*Um idoso de sessenta anos, eu ouvi eu um dia, um idoso de sessenta anos... tinha eu sessenta anos, e eu, o quê? Digo eu.*” (Luísa, 70, cidade de Lisboa) - espanto por ouvir a palavra idoso associado a alguém com 65 anos.²⁵; “*eu acho que as pessoas mais penalizadas foram efetivamente os idosos e as crianças*” (Mila, 69); “*Foram, foram discriminadas sim senhor porque, lá está o caso, com medo umas das outras. Pois, a gente tem medo que um amigo esteja afetado, a gente não sabe se sim se não.*” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro).

No seguimento da temática anterior, surge a continuação do tipo de discriminação positiva associada ao “Sentimento de dever de proteção especial”. Isto é, as preocupações e cautelas a ter com a população com idade superior a 70 anos.

“*A minha tinha morava nas traseiras eu fazia a comida, descia, deixava-lhe, com luvas, deixava-lhe lá o saco, os Tupperwares, ela aquecia no micro-ondas*” (Amélia, 61); “*Que houve precauções acrescidas houve, relativamente às deslocações, pronto os velhotes são mais frágeis do que a malta mais nova. Que tenha havido uma proteção*” (José Amaro, 69) – houve proteção, diferente de discriminação; “*Cuidado com a máscara, e vejam lá*” ...*Os filhos eram mais conscienciosos que eu, estás a perceber? “Ó cuidado, ó não vás ali e não vás não sei quê*” (Luís, 66); “*Ó mãe, não saia à rua. Olhe que isto, olhe que aquilo.*”, “*Dona Maria Teresa, disseram que a viram*”, “*Eles podiam falar da janela, lá para fora, ok, mas não é a mesma coisa*” – proteção pelos avós (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); “*Pois, o meu filho estava sempre “mãe, toma cuidado; mãe, cuidado; mãe...”*”; “*O meu filho e nora tratam do supermercado e medicamentos. Porque eles não querem, têm receio que eu vá, porque posso atravessar e cair, qualquer coisa*” (Conceição, 87); “*Na altura em que eu apanhei isto, o meu filho saiu logo de ao pé de mim e foi logo ele fazer o teste para saber*” ... (Laura,

²⁵ Para a OMS “idoso” é todo o indivíduo com 60 ou mais anos (2019).

88, cidade de Faro); *“ó mãe, eu vou às compras, eu vou às compras”*. *“Ó filho, vou eu, eu meto a máscara e vou”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa).

4.9 Interações Sociais

Esta categoria teve como objetivo avaliar o impacto da pandemia na vida social da amostra. Ou seja, na socialização, nas relações familiares e na supressão das mesmas, nas atividades culturais, nas atividades lúdicas e cultura de café e na comunidade e entreajuda. Foram, por isso, denominadas as seguintes subcategorias: Comunidade e Entreajuda (n=23); Passatempos e Mudanças de Hábitos (n=26); Relações Interpessoais (n=43); Atividades/Espaços culturais e Bem-Estar Social (n=13); Capacidade de adaptação às Tecnologias (n=21); e Prestação de Cuidados informais a familiares ou terceiros (n=4).

A subtemática “comunidade e entreajuda” foi selecionada com o intuito de analisar essencialmente com relações de vizinhança e a forma como essa entreajuda se desenvolveu nesta fase de pandemia. A opinião dos inquiridos foi inequívoca neste tópico, para a maioria esta entreajuda fez-se notar mais durante a pandemia, para uma minoria, nem por isso.

“Não me lembro de nunca ter estado completamente isolada, porque tenho vizinhos que estávamos à vontade” (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“A entreajuda aumentou.”* (Rosa, 76); *“Nós no prédio damos-nos bem. Ajudamos-nos muito”* (Maria S., 67); *“Esses apoios aqueles que eu conheço são feitos com uma boa vizinhança. Há sempre um vizinho que conhece”* (José, 64); *“É muito bairro a nossa zona. Eu vou tomar o pequeno-almoço para já à pastelaria onde vão muito. E depois, se nós estamos dois ou três dias começa logo a fazer tudo contabilidades, “onde é que eles andam?””* (os amigos e vizinhos, em Benfica) (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“Eu tenho um café quase na minha frente e a senhor é muito minha amiga e ia-me lá levar um cafezinho. Ou um galão, o que me apetecesse. Ela punha-me ali à porta”* (Laura, 88, cidade de Faro); *“Tenho uma vizinha que é extremamente prestável, que veio na minha porta bater, “se precisar... – é jovem, não é?” – e ela disse “se precisar diga, que a gente vai às compras e não sei o quê”, E eu digo “nem pensar, porque é a minha distração ainda ir às compras”* (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“As outras vizinhas perguntam sempre “Olá, está boa? (...) eu acho que isso teve a ver um bocado com o meu isolamento, e com o isolamento dela, houve mais uma aproximação das pessoas”* (Elisabete, 79) - a existência de maior vizinhança durante a pandemia; *“Os vizinhos da frente, aquilo é como família com o meu filho”* (Maria Helena, 76) – importância da vizinhança como pilar quase familiar; *“Batiam à porta “precisa de alguma coisa?”; “tinha uma vizinha que ia-me ao pão e deixava-me o pão pendurado num saco ali na porta e, de resto, normalmente”* (Amélia, 61) (n=2); *“Tenho aí uma vizinha que vem aqui. Vem aqui todos os dias ter comigo”* (Mário, 72); *“Eu acho que, verdadeiramente, eu acho que houve solidariedade. Eu acho que as pessoas se preocupam mais com o próximo”* (João, 73); Pelo contrário, Laura (88)

considera que as pessoas estão muito diferentes “*Para pior. Já não são tão amigas. Já pensam muito mais nelas do que nos outros. Isso é verdade*”; Rosa (88) “não confia nos vizinhos” e Luís (82) considera que como em “quase todos, este prédio tem uma vizinhança muito estranha” – sensação de desconfiança perante a vizinhança.

A subcategoria “Passatempos e mudanças de hábitos” (n=16) relaciona-se com a capacidade da amostra ter alterado ou continuado os seus passatempos e *hobbies* correntes do dia-a-dia, ou se porventura, apontaram alguma mudança de rotinas. Alguns dos participantes viram no contacto com a natureza uma alternativa à restrição de espaços:

José (69) viu o mar como um passatempo mas principalmente como o seu principal escape nesta fase em que não lhe era permitido ir para mais lado nenhum: “*Era um escape, estou preso o dia todo (quanto tinha hipótese de sair de casa, ia para lá). Comecei a ir muito mais, nomeadamente o mar, eu refugiei-me no mar. Já apanhar marisco, ameijoas, berbigões*”. O mar era assim associado ao sentimento de refúgio e salvação durante estes tempos para José; “*Vinha para o quintal, ia para a garagem, andava de mota, sei lá, ia até à Figueira passear, não via ninguém, não andava ninguém na estrada.*” (Luís, 66); “*A ler. Era a única situação de eu desanuviar dos meus demónios*” (Carlos, 76, cidade de Coimbra); “*Continuei a frequentar a igreja*” (Rosa, 73); “*Eu acho que fiz tudo exatamente aquilo que fazia. Mexer no computador, ou para fazer coisas, ou para brincar no computador, ouvir música, ou qualquer coisa assim. Telemóvel a mesma coisa*” (Elisabete, 79) – não registou grandes alterações, porque provavelmente o seu dia-a-dia costumava ser pacato; “*Ouçõ a missa aqui na televisão, na TVI*” (Rosa, 88, cidade de Coimbra).

Para uma parte significativa dos participantes, a mudança de hábitos e passatempos forçada foi mais notada nesta “nova normalidade”:

Jogava com a minha neta lá nesse pátio. Quase todos os domingos e às vezes... ténis que eu adorava jogar. E basquete também. E depois perdi tudo isso” (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); “*Eu na altura tinha a minha mãe comigo e para ela foi muito mau porque ela tinha toda uma rotina de fazer ginástica semanalmente – fazia ginástica três vezes por semana –isso tudo acabou e ela não compreendeu. Não compreendeu, achava que ia morrer ia, porque é que ela não podia fazer ginástica. Depois, ela era muito católica. Ela ia à missa todos os dias. Deixou de haver missa, ela também não percebia...*” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72).

Por estarem reduzidos ao espaço da habitação, alguns participantes referiram que passaram a ter mais afazeres em casa e a ver mais televisão, como forma de lazer e como forma de se manterem atualizados igualmente pelos media.

“*Era mais na televisão. Via muitos filmes, aquelas séries da Netflix e lia muito*” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); “*Arranjei coisas para fazer em casa, várias. Passei foi a ver mais televisão e eu já gostava muito de ver televisão. Portanto, passou a ser um dos principais,*

sim.” (José, 64); “*Não é a mesma coisa. São atividades mais individualizadas, mais solitárias, não é? É o recurso ou à televisão, ou ao livro. Comecei a abusar um bocado da televisão e do computador. A perder mais horas....*” (José Furtado, 69); “*Aqui (centro de dia) há uma horta, venho aqui todos os dias*” (Rosa Manuela, 78, cidade de Coimbra); “*É, eu venho aqui fazer muitas atividades, ginástica, por exemplo, Boccia.. É muito bom*” (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro);

No que concerne à subcategoria “relações interpessoais” (n=55) representa tudo o que teve que ver com o ambiente e conexões familiares (a supressão ou manutenção das reuniões familiares), as socializações com amigos, bem como o que aconteceu aos convívios sociais e que alternativas arranjaram aos mesmos durante esta fase.

Apenas cerca de 20% das restantes respostas mostraram que as relações interpessoais se mantiveram ou até aumentaram, visto que, muitas famílias acabavam por passar mais tempo com os filhos em casa.

“Tive mais tempo para a família... Eu fui sempre uma pessoa que me dediquei muito à família” (João, 73) – com o filho de regresso a casa em teletrabalho, acabou por se dedicar mais; *“Eu senti-me sempre apoiada por eles”* (Teresinha, 84, cidade de Lisboa) (refere-se aos netos que foram para sua casa durante a pandemia). Em contraste, para José (64) as reuniões familiares sofreram consequências: *“Alguns almoços e jantares de família tiveram que ser adiado”*; *“Houve restrições no que toca, por exemplo, os netos eles nem sequer entravam em casa. Ok? Eles podiam falar da janela, lá para fora, ok, mas não é a mesma coisa”* (António, 73); – devido ao maior receio em afetar os mais idosos, os netos falavam com os avós pela janela, todavia, para outros participantes o carinho e afeto extravasava qualquer possível contágio; *“Tenho um neto, o gajo abraçava-me e dizia "estou nas tintas" e tal, saltava para cima de mim. Sou muito afetivo, não poder abraçar incomodava-me”* (João, 73); *“... no confinamento eu vi as minhas filhas... uma... duas vezes durante um ano. Duas vezes. Quando... podia...”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“O meu filho ia lá a casa com os meus netos, no princípio, depois eu “isto não pode ser, eu não posso estar sem estar com os meus netos, era o que faltava”* (Luísa, 70, cidade de Lisboa) – não-aceitação das regras;

As limitações impostas na saída de concelhos fizeram com que as reuniões familiares se tornassem ainda mais escassas para quem tinha familiares em outros distritos:

“Porque eu tenho a minha família toda fora, não podia ir, não me podia deslocar, era proibido. Nem a minha família podia vir” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); *“A maior falta que senti foi de ver as crianças eu nunca mais os vi, os pequenitos”* (Rosa, 73); *“nem os meus familiares viram cá”* (Maria Helena, 76); *“Custa-me imenso os netos, ao ver aquele vídeo, não conviver com eles”* (Luís, 82) – contacto à distância não substitui o contacto

presencial e físico; *“Mexeu muito.. sentia falta do convívio dos meus familiares mais... mais chegados, não é?”* (Elisabete, 79).

Relativamente à socialização entre amigos propriamente dita, foi conferido igualmente um consenso nas respostas, a maioria da amostra revelou tristeza e frustração por não ter encontrado os amigos. Embora, alguns dos participantes confessaram alguma adaptação, arranjando alternativas e mantiveram o convívio social, dentro do possível.

“Eu tenho amigas, mas as pessoas agora com essa coisa do COVID, afastou-se tudo muito, sabe? Mesmo agora ja não é como era dantes, foge tudo um bocado” (Rosa, 88, cidade de Coimbra); *“O ver as pessoas... o não conseguir estar com as pessoas...primeiro, gosto de falar, segundo, gosto de ter amigos, terceiro, gosto de ir a sítios, gosto de conhecer as pessoas... gosto de falar com elas, e é evidentemente que isto restringe completamente a um indivíduo como eu, não é?”* (Carlos, 76, cidade de Coimbra); *“Por exemplo, eu dava-me muito e sou muito sociável, pronto. E a pandemia cortou-me essa possibilidade. Os meus amigos afastaram-se. Todos com medo,”* (Luís, 82); *“Mexeu muito comigo. Essas pessoas não me vêm visitar porque sentem medo”* (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro) – receio de infetar ou ser infetado como limitação da menor socialização.

Apesar das restrições impostas, parte considerável da amostra considerou ter procurado formas de se adaptar sendo que alguns destes não chegaram a sentir menos contacto com a família e amigos, admitindo que até aumentou:

“Procuramo-nos uns aos outros sempre” (Mila 77); *“O núcleo familiar manteve-se inalterável”* (Artur, 68); *“A convivência em casa, não afetou problema nenhum”* (Marco, 65, cidade de Aveiro); *“Portanto durante a semana não estavam, mas era igualzinho com pandemia ou sem pandemia”* (Luís, 66) – sentimento de indiferença perante a pandemia/não influenciou; *“Não. Eu com eles encontrei-me sempre. Com eles e com meu neto eu encontrei-me sempre”* (Manuela, 76); *“E estou a fazer isso, faço isso. Todas as semanas vejo dois, três amigos. É um dever meu”* (João, 73); *“Continuámos a ter o nosso dia-a-dia, a ver os meus amigos”* (Artur 68); *“Nunca sentimos propriamente falta. Depois, como eu tenho aquele grupo das saídas, começamos por nos encontrar três ou quatro afastados, as mesas postas um aqui, outro acolá, mas nunca deixamos de estar. Nunca em isolamento total”* (Mila, 77, cidade de Lisboa); *“A socialização por causa do passeio sanitário e do meu cachorrinho não foi problema”* (Marco, 65, cidade de Aveiro) – a importância do passeio higiénico com o cão.

A subcategoria “Atividades/Espaços culturais e Bem-estar social” surge na continuação da anterior, no entanto, relaciona-se com as experiências dos indivíduos relativamente ao encerramento de espaços culturais, como salas de cinema ou teatros, bem como outras espaços de carácter social, como a idas a cafés, bares ou restaurantes. Ou seja, o enfoque é dado ao que os participantes da amostra deixaram de fazer (ou não), de modo específico, e avaliava os impactos a esse nível de

socialização. Como sabemos, os eventos culturais sofreram limitações acentuadas durante esta fase de análise, em diferentes períodos que culminaram na aplicação de medidas restritivas - umas mais restringidas, outras mais leves. Salas de espetáculo encerradas, eventos cancelados, salas com capacidade limitada de distanciamento entre assentos são algumas destas restrições.

Cerca de 70% dos participantes apontam não ter conseguido manter as suas atividades/idas a espaços culturais e de lazer, bem como as suas idas habituais ao café, bares ou restaurantes.

“O nível de convívios, o ir a algum lado, tudo o que fosse sair não ia. Isso...” (Amélia, 61); “Deixei aquele hábito... Tínhamos um grupinho que todos os dias estávamos ali às duas da tarde até às quatro da tarde ali no café jardim. Pronto. Isto foi cortado” (António, 73); “Não, eu deixei de ir aos restaurantes pá, deixei de ir aos cafés pá, deixei de estar com os meus amigos” (Luís, 66). “De toda a pandemia, a falta de convívio foi o único problema que me afetou” (Marco, 65, cidade de Aveiro); “Deixei de fazer, fundamentalmente, uma coisa que gosto muito que é o convívio social, deixei de ir almoçar com os meus amigos” (José, 64); “Por exemplo, há locais que eu frequentava, nomeadamente aqui os cafés da zona e deixei de frequentar” (José Amaro, 69); “Onde é que eu notei mudanças substanciais? Foi na chamada socialização. Eu deixei de frequentar cafés, eu vinha aqui todos os dias, todos os dias. Cortou-se radicalmente. Custou-me imenso...cortei radicalmente” (José Amaro, 69); “Não poder estar como todos os dias estamos com os nossos amigos. Conversar, tomar um café. Depois a prisão, a prisão que representou, inicialmente, o estar em casa e não poder sair” (Artur, 68); “Cortei, pura e simplesmente com os eventos culturais que ia...quando a gente perde estes pequenos prazeres...” (José Amaro, 69); "Bom. “Cinema, deixei de ir. Teatro, deixei de ir. Portanto, cortei com essas coisas” (Luís, 82). Carlos (76) lamenta o fecho da biblioteca municipal (espaço cultural em Coimbra), onde era frequentador assíduo do espaço e onde alugava livros semanalmente. O acesso ao único passatempo que lhe era possível, foi-lhe retirado: “eu não tenho capacidade financeira para comprar livros a granel, não tenho. E a minha situação de leitura era biblioteca, bibliotecas..., deixei de poder ir.” “Completamente condicionado, não é? É uma coisa... é faltar-me a minha leitura”, “sou um leitor..., não sou um televisivo sou muito mais um leitor. Portanto, isso, cortou-me... ainda mais me traumatizou. Traumatizou-me imenso... eu não ter capacidade de acesso, não ter acesso, não ir... não poder ir por estas situações todas...”

Foram estes alguns dos testemunhos que revelaram os impactos da falta de socialização sobre os participantes. Contudo, houve quem se adaptasse da forma possível:

“Fui aos poucos cafés que funcionavam ao ar livre” (José, 64); “Sim. Nunca sentimos propriamente falta (do contacto social). Depois, como eu tenho aquele grupo das saídas, começamos por nos encontrar três ou quatro afastados, as mesas postas um aqui, outro acolá, mas nunca deixamos de estar. Nunca em isolamento total” (Mila, 77, cidade de Lisboa).

A subcategoria “capacidade de adaptação à tecnologia” (n=22) prende-se com a análise do uso da tecnologia como uma ferramenta /substituição da socialização durante a pandemia, a fim de para manter contacto entre familiares e amigos por parte da população idosa. A digitalização na população idosa está em desenvolvimento, essa evolução aconteceu durante a pandemia, onde os idosos passaram ter mais tempo para aprender e viram no uso de telemóvel e computador como uma alternativa à falta de contacto presencial com familiares e amigos.

Mais de metade das respostas a este tópico indicaram uma maior adesão às tecnologias por parte da amostra. Houve uma maior curiosidade e receptividade ao uso de telemóveis, tablets e computadores. No entanto, há um longo trabalho a fazer ainda no que toca à literacia digital da população idosa.

“Nós estabelecemos uma coisa que... que ainda hoje fazemos, que é todos os dias ligarmos a saber “Estás bem? Estás viva? Está tudo bem?” Assim um grupo a que... ficámos a ligar-nos todos os dias a saber”; *“eu ainda hoje ligo todos os dias ao meu filho e ao meu irmão”* (Mila, 69) (n=2); *“Houve trocas de telefonemas para manter o contacto com amigos na pandemia.”* (António, 73). *“Eu desenvolvi um bocadinho. Algum online que eu não fazia, passei a fazer, nomeadamente, os cursos online. Tive mais tempo Os cursos mesmo não saíam daqui”* (José, 64); *“Vou-me adaptando, vou-me adaptando, vou tentando descobrir e tal... Dentro dos meus conhecimentos... não sou assim de nenhuma especialidade”* (Elisabete, 79); *“Desenvolvi um bocadinho. Algum online que eu não fazia, passei a fazer, nomeadamente, os cursos online. Tive mais tempo. Aprendi a usar a aplicação da UBER”* (José, 64) (n=2); *“Eu tenho um telemóvel assim destes, que o meu filho me ofereceu e ele já me tem ensinado umas coisinhas e eu já vou aprendendo. Pouco, mas sei”* (Laura, 88, cidade de Faro); *“Pelo telemóvel, exatamente. Era pelo telemóvel que eu passava e passo, às vezes, uns bocados”* (Conceição, 87). Para João (73), viu a COVID-19 como uma oportunidade para a transição digital: *“Houve, na minha perspetiva, que potenciou muito a transição digital foi o COVID. No capítulo da transição digital, o COVID foi uma animação e nunca mais volta a ser como antes. Acelerou o processo. Eu acho que o COVID, tal como a transição digital, mas acelerada, o COVID foi uma descoberta”*.

Parte dos entrevistados, apesar de passarem a fazer mais uso destes instrumentos, afirmam que os mesmos não substituem o afeto e contacto físico proporcionado pelos seus familiares e amigos:

“O telemóvel ajudou... Ajuda, mas não é a mesma coisa” Carlos, 76; *” às vezes ligo para a minha família, ligo para amigas. Mas não é a mesma coisa”* Maria Helena, 76; *“Passei a fazer videochamadas com a família”* (Amélia, 61);

Todavia, houve um segmento de respostas que indicaram alguma relutância e desinteresse pela tecnologia ou adaptação à mesma como:

“Não tenho Facebooks, nem nada dessas coisas porque eu detesto o computador” (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); *“Nada de nada. Tecnologias nenhuma, só o telemóvel para receber chamadas”* (Gumersindo, 70, cidade de Aveiro); *“Eu tenho telemóvel mas eu*

sou uma alérgica ao telefone e ao telemóvel que só visto” (Rosa, 88, cidade de Coimbra); “Olhe, reformei-me quando começou a informática. Ai que burra, meu Deus, nunca mais andei para a frente. “Ó avó, eu já te disse isso cinco vezes. Nunca mais aprendes, avó” (Maria F., 78).

Partindo da constatação de algumas respostas acerca da prestação de cuidados informais familiares ou a terceiros, foi criada precisamente essa subcategoria. José Amaro (69) prestava cuidados à sua sogra durante o dia, enquanto a mulher estava em teletrabalho.

4.10 Sentimento de Solidão

Esta categoria debruçou-se sobre uma temática sensível, desencadeadora muitas vezes da deterioração da saúde mental: o isolamento social sentido pelos idosos durante a pandemia. Com a análise elaborada às respostas dos entrevistados, pudemos perceber que não existe um consenso sobre a experiência de isolamento. Pois, houve participantes que apesar de se estarem sozinhos, consideravam-se sentir bem assim. Dos participantes que responderam sobre esta questão (n=27), cerca de 50% (n=14) manifestou terem-se sentido sós, como pode ser comprovado por algumas citações exemplo:

“Fiz a minha vida toda normal, mas sozinho, sem ninguém... Isto para mim foi um isolamento terrível. Eu dava-me com muitas pessoas... tem sido uma tortura.” (Luís, 66); “Acabou, veio aquilo, pronto, isso ficou tudo. A pessoa fica em casa isolada. Mexeu comigo a falta das pessoas, a solidão.” (Maria Helena, 76); “Fiquei só... estou habituada a vir para aqui (centro de dia) e estar entretida a fazer qualquer coisa e lá sozinha em casa é muito mais difícil, não é? E depois não podia receber visitas.” (Laura, 88, cidade de Faro); “Senti mais sozinha.” (Maria S., 67); “Eu senti foi mais solidão...” (Maria F., 78); “Eu fiquei um ano sozinha na minha casa. Senti-me muito mais, quer dizer, completamente sozinha.” (Jessy, 72, cidade de Faro), 72); “Durante a pandemia é normal que me sentisse um bocadito mais sozinha porque eu sou uma pessoa de conviver.” Amélia, 61); “É terrível a solidão. A solidão aumentou imenso, o que me perturbou, perturbou terrivelmente. A solidão é uma coisa terrível, não é?” (Carlos, 73); “Eu odeio mesmo, sentir-me sozinha mesmo. É o que mais me custa, é realmente estar só. Independente de tudo o que eu tenho, é o pior. A solidão é uma coisa muito má. É horrível.” (Rosa, 88, cidade de Coimbra).

A outra metade da amostra (n=13) referiu uma opinião diferente sobre este tema, nomeadamente, ou a falta de impacto do isolamento:

“Não me senti mais sozinha, foi igual.” (Mila, 69); “Não, não senti solidão. Não senti solidão em termos do convívio familiar.” (José, 64); “Não, pelo contrário, senti-me mais acompanhada... o meu neto veio visitar todos os dias” (Teresinha, 84, cidade de Lisboa); “Não acho que o COVID me trouxesse solidão. Acho que a solidão existe, está nas nossas cabeças, existe solidão, mas tem a ver com o nosso estado de espírito. E a solidão foi

compensada pelas tecnologias” (João, 73) - ou o facto de já estarem habituados e apreciarem fazer atividades sozinhos e que isso não significa estarem sós: “Eu estou sozinha, mas não me sinto assim, nem só, nem abandonada, nem coisa nenhuma disso. Nunca senti. Sei fazer coisas. Entretenho-me. Sei estar comigo.” (Manuela 76); “A minha maneira de ser é esta. De estar em casa.” (Rosa, 73); “Não, eu não sou uma pessoa que sofra de solidão, não sofro, felizmente. Gosto de estar sozinha...” (Luísa, 70, cidade de Lisboa); “O mesmo nível, porque eu sempre fui...e estou bem com isso... Eu... eu praticamente estou confinada todo o ano. Mesmo sem pandemia.” (Rosa, 73).

4.11 Pós-Pandemia

Esta categoria pretendeu analisar o ambiente pós-pandemia na vida dos participantes. Foram criadas as seguintes subcategorias: “regresso à normalidade” e “experiências noutros países”.

Na subcategoria do “regresso à normalidade”, podemos perceber que, dos entrevistados que abordaram o tema, estão presentes os dois polos de opinião.

Enquanto para uns (n=3) o medo continua levemente instalado *“Tenho cada vez menos receio mas ainda tenho”* (José, 76), e passaram a surgir problemáticas associadas, nomeadamente, no exemplo de Maria Helena (76), a vida não voltou à normalidade que lhe era familiar: *“...a minha vida não voltou ao normal. As coisas aumentaram, a luz e a água são as coisas mais necessárias, o gás, a comida. Estou preocupado porque os ordenados não aumentam. Nem as reformas.”*, *“Estou a sentir efeitos negativos da pandemia. Tudo isto foi... foi muito negativo.”*, *“Preocupa porque agora tomo mais medicamentos”*.

Na opinião de outros entrevistados (n=4) não surgiram efeitos negativos da pandemia e as suas vidas tomaram naturalmente a normalidade: *“Não foi nada alterada. Nada.”* (Rosa, 73); *“a máscara é que eu não gosto, de resto, estou a voltar à vida normal”* (Amélia, 61); *“Não, não estou a sentir os efeitos negativos da pandemia, ... não sinto grandes restrições ou dificuldades no meu dia-a-dia.”* (Jorge, 68, cidade de Aveiro); *“Dou valor às coisas como dava antes da pandemia. Faço as coisas que fazia antes da pandemia e durante a pandemia. Portanto, não vejo pontos negativos. É continuar a viver assim um bocadinho alegre e pronto. E que o dia de amanhã seja melhor que o de hoje.”* (António, 73).

Por fim, relativamente à subcategoria “experiência noutros países”, a experiência de um entrevistado dita que Portugal acabou por ser um país onde houve uma boa adesão das medidas de prevenção e segurança implementadas *“na Inglaterra pá, ninguém anda de máscara... os gajos chegam cá... ouve, o país que cumpre mais as regras, que eu conheço, é aqui pá.”* (Luís, 66). Por outro lado, *“Tenho ideia de que houve sítios que lidaram com as coisas de outra maneira. Países que lidaram com as coisas de outra maneira Não houve diferentes modos de atuação, há é diferentes modos de se estar na vida. E consoante as pessoas dão, consoante o modo que estão na vida...”* (Mila, 69).

5. Discussão

O propósito deste estudo era avaliar o impacto da pandemia COVID-19 no bem-estar, espaço residencial e mobilidade da população idosa (30) em quatro áreas urbanas portuguesas. Os resultados revelaram no geral padrões de afetação da pandemia muito heterogêneos entre os trinta participantes. Contudo, é importante referir que, ao nível geográfico não foi particularmente detetada uma clara diferença de resultados entre as quatro áreas urbanas consideradas, como iremos conferir mais à frente.

Tendo como instrumento a entrevista semi-estruturada realizada junto da amostra, procurou-se incluir no guia questões que aferissem e que transportassem os participantes a respostas, vivências e percepções relativamente à sua afetação durante a fase pandémica, que à partida e tendo por base a bibliografia “*As consequências da pandemia são extensíveis aos vários domínios da vida dos idosos*” (OMS, 2002). Foram igualmente os idosos, o grupo de idade mais penalizado por esta pandemia, seja por mortes diretas ou por fatores indiretos, como os níveis de afetação abordados nesta pesquisa. “*Na Europa, mais de 95% das mortes relacionadas à COVID-19 ocorreram em pessoas com mais de 60 anos (Seidel & Thyrian, 2019; Thyrian et al., 2021)*”. Apesar de as pessoas idosas serem muito diferentes entre si, com situações económicas, de habitação e apoio social diferente, as respostas encontram-se interligadas entre algumas categorias definidas e cujos contributos permitem-nos perceber como viveram o período pandémico. Por outro lado, as respostas dos idosos, na maioria são concordantes e revelam uma consciência clara e sólida relativamente à percepção e às mudanças que a pandemia covid-19 veio trazer nas suas vidas. Deste modo, podemos concluir desde já que houve uma inter-relação e associações em comum entre quase todas as categorias analisadas.

De um modo geral, as temáticas que revelaram um claro e maior nível de afetação (positiva ou negativa) nesta pesquisa foram as categorias da socialização, do bem-estar psicológico e percepção de saúde física e, de sentimento de solidão, no que concerne a efeitos diretamente sentidos pelo indivíduo. Categorias que avaliavam mudança de hábitos, rotinas diárias, mobilidade e a qualidade e acesso a serviços de saúde, também revelaram uma considerável afluência de respostas por parte da amostra. A maioria dos participantes admite ter tido as suas atividades e hábitos condicionados, sendo que houve uma maior dificuldade em manter os mesmos pois uma parte considerável dos espaços e serviços foram encerrados, quando começou a abrir houve uma tentativa de readaptação e regressar à nova normalidade, mas no geral foram atividades que tiveram muito menos adesão.

Uma temática preponderante do estudo foi a mobilidade e alterações de padrões de mobilidade na população idosa na fase considerada. Auscultados os trinta participantes da amostra, confirmou-se o expectável: As Rotinas Diárias, bem como, a Autonomia e Independência na Mobilidade foram as temáticas mais mencionadas pela amostra como um problema, tendo uma esmagadora maioria afirmado a perda de mobilidade durante a pandemia, seja ao nível de determinantes físicos,

cognitivos ou ambientais. A ideia e a falta de mobilidade receberam, nesta categoria, uma forte associação à ideia de “necessidade de sair” por parte da maioria dos participantes. As respostas mais impactantes nesta categoria advieram da parte de pessoas consideradas como “muito ativas”. Para alguns a fase pandémica tornou-se mesmo numa experiência “traumatizante” pela falta de mobilidade, enquanto para outros foi “Indiferente”, pois, eram pessoas menos ativas e que não se importavam de não sair de casa.

Em contexto da pandemia, as restrições limitaram a mobilidade de todos, e, ainda mais a mobilidade dos idosos, e principalmente dos “mais velhos”²⁶, trazendo uma luz nova sobre o que a mobilidade e a conexão significam para pessoas mais velhas – *“as consequências dessas medidas restritivas impactaram substancialmente a população idosa que reduziu sua mobilidade, especialmente fora de casa”* (Felipe, 2021). Alterações no Uso de Transportes Coletivos e Auxílio à Mobilidade foram tópicos considerados como subtemáticas da Mobilidade, sendo que, a generalidade dos participantes admitiu ter deixado o uso de transportes públicos por completo durante a pandemia, procurando outras alternativas de transporte, passando a andar a pé, ou, simplesmente deixarem de se moverem por considerarem o autocarro ou o metro com o um local suscetível a contágios. O auxílio à mobilidade foi notado particularmente e descrito “mais idosos” – maiores de 75 anos - e surgiu através de apoio familiar, por vezes institucionalizado. Deste modo, a falta de mobilidade associou-se a uma crescente ideia de sedentarismo criada pela falta de atividade física (devido ao encerramento de complexos de natação, ginásios, entre outros), assinalada pela amostra. Tal é confirmado pela bibliografia: *“Ficar em casa restringe a mobilidade nos espaços de vida de idosos diminui as oportunidades de atividade física”* (Felipe, 2021) *“o número de passos diários, aumenta o tempo sentado e pode levar a limitações funcionais persistentes* (Felipe, 2021). *“O sedentarismo e a inatividade física estão associados à diversos efeitos prejudiciais, entre eles, a perda de força e massa muscular”* (Felipe, 2021).

Como seria expectável, questões relacionadas com a saúde individual revelaram preocupação, pois os idosos referem que a sua saúde física foi afetada (perceção de estado de saúde), uma vez que os efeitos da pandemia são visíveis quer no número de pessoas infetadas e hospitalizadas, levando algumas, em casos mais graves à morte, havendo uma elevada taxa de mortalidade nos idosos acima dos 80 anos (Barra et al., 2020; Carapinheiro & Correia, 2015; D’adamo et al., 2020; DGS, 2021; Sherlock et al., 2020; como citado por Silva, et al, 2021, p.187). Embora, muitos dos efeitos sobre a população idosa causados pela pandemia possam-se manifestar apenas no longo prazo e possa ser prematuro tecer-se avaliações desde já. Variados problemas e alterações na saúde mental dos participantes também foi consideravelmente referida, pois os índices de ansiedade, tristeza e depressão aumentaram. Denotou-se através da leitura dos resultados, uma prevalência e aumento dos

²⁶ População idosa com 75 ou mais anos;

sintomas depressivos e de ansiedade (stress, padrões de sono etc.), bem uma alteração na gestão da vida habitual - hábitos, atividades diárias – sobre a população idosa.

A condição física e o bem-estar físico foram uma das principais preocupações da população durante a pandemia. Para verificar o objetivo proposto acerca do impacto da pandemia sobre a saúde física da amostra, foi criada a categoria “Saúde Física”, que revelou por sinal e de forma consensual uma maioria de percepções de estado saúde essencialmente negativas, durante esta fase, o que é confirmado pela bibliografia (Thyrian et. Al., 2020). Devido à idade avançada e a um sistema imunitário mais frágil, o risco de infecção é maior e a população idosa está mais exposta. Assim como, a deterioração do estado de saúde físico, pode igualmente ser explicado pelo ganho de maus hábitos ou mudança de hábitos saudáveis. Práticas de sedentarismo e dietas menos saudáveis, foram comportamentos que emergiram na vida da população idosa, estimuladas pela pandemia e pelos confinamentos inerentes. A degradação generalizada do “estado de saúde” e comportamentos menos saudáveis referidos pela amostra (classificando assim o seu estado de saúde como “negativo”) demonstra correlações assinaláveis entre a temática Saúde Física e as temáticas “atividade de física”, “mobilidade”, e com o “bem-estar psicológico”, como aliás, seria natural e expectável; *“a inatividade física pode, ao longo do tempo, levar à redução da capacidade de locomoção, comprometimento da mobilidade, problemas neurocognitivos e afetar as atividades de vida diária”* (Sagarra-Romero & A. Viñas-Barros, 2020). Devemos dizer que, apesar da grande maioria da amostra ter conferido a sua percepção de estado de saúde como substancialmente pior, houve efetivamente uma percentagem reduzida de participantes a admitir que se a sua saúde se manteve inalterável, ou até com melhorias na percepção de estado de saúde.

O bem-estar psicológico na população idosa assume particular relevância e atenção por dois motivos: i) verificou-se que quase todos ou todos os participantes referiram diferentes percepções, significados ou sentimentos relacionados com o tema; ii) a população idosa é mais propensa a desenvolver problemas de saúde mental como sintomatologia ansiosa, depressão, *stress* e deterioração da qualidade do sono (De Pue et al., 2021; Stanton et al., 2020). Este é novamente um tema que se conecta com várias categorias analisadas, entre essas associações, a saúde física, o isolamento social, a socialização e a mobilidade (ou falta dela), temáticas essas que naturalmente surgem como causa-consequência e possuem linhas em comum.

Dentro da categoria “Bem-estar Psicológico”, foram tidas em conta algumas variáveis. Quanto ao “impacto geral generalizado da pandemia”, a esmagadora maioria dos participantes da amostra admitiram terem sido afetados por e que houve um qualquer impacto na sua vida, provocado pela pandemia. Em resposta à crescente ansiedade que se ia criando durante a pandemia pelos mesmos, foi criado o tópico “Estado De Humor/emoções negativas *versus* emoções positivas/ padrões de sono” que visou avaliar sintomas de ansiedade, depressão, *stress* e sono durante a pandemia. Os resultados foram igualmente expectáveis: um padrão negativo, ou seja, foram revelados sentimentos de maior apreensão e *stress* sentido durante a pandemia. Essa ansiedade foi alimentada especialmente

pelo “Medo de ser infetado ou de infetar os outros”, que culminou numa variedade grande de respostas e receios quanto a este tópico, nos resultados. Ou seja, a forma como os participantes procuraram-se proteger e proteger os outros – a necessidade de proteção associada à preocupação moral em não contagiar os outros, os cuidados a ter (como o distanciamento), ou seja, a consciencialização dos indivíduos perante os perigos de contágio. O medo de ser infetado/infetar os outros foi por inúmeras vezes relacionado com a temática da socialização, pois, muitos dos participantes limitaram os seus convívios familiares e sociais a fim de prevenir contágios. Deste modo, verificou-se que cerca de 90% dos participantes referiram ter receio de ser infetado, da mesma forma que, demonstraram tomaram cuidado para não contagiar os outros e, apenas pouco menos de 10% revelaram indiferença e não apresentaram preocupações.

Parte dos participantes explicam o *stress* e ansiedade durante a pandemia como consequência da falta da prática de exercício físico, novamente: “*A atividade física desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida e desempenha um impacto positivo na saúde mental, diminuindo a ansiedade, o stress, a irritabilidade e as dificuldades com o sono* (Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

O “Cumprimento das restrições” e a adaptabilidade às mesmas foi também um tópico reconhecível neste estudo e as respostas foram unânimes: todos eles reconheceram e realçaram a importância da imposição bem como o cumprimento das medidas aplicadas pelo Governo como uma parte fundamental ao combate à pandemia COVID-19, sendo que houve uma aceitação quase total do cumprimento das mesmas por parte da amostra (cerca de 90% dos participantes afirmam ter aceite o uso de máscara). Todos estes entrevistados deixaram relatos sobre a forma como foram aplicando as medidas no seu dia-a-dia, nomeadamente, o uso de máscara que foi importante “*senão então era a desgraça total*”. Alguns entrevistados manifestaram também a dificuldade associada a algumas das restrições nas suas vidas, sem que isso fosse, no entanto, um impedimento ao seu cumprimento. Ao nível do processo de vacinação, verificou-se que de um modo genérico, decorreu positivamente nos locais respetivos das quatro áreas de estudo consideradas (Francesca Gallé et al., 2021).

Torna-se importante referir que, alguns participantes viram nesta crise a possibilidade de transformar um problema em oportunidade. Os indivíduos dispunham de mais tempo e aproveitaram esse tempo para aprender, para ler, entre outras coisas, acabando por ganhar novos hábitos ou, acabando por intensificar a prática de hábitos anteriores. Assim, para alguns, a pandemia foi vista como uma aprendizagem positiva.

No que diz respeito à subcategoria “Discriminação da População Idosa” como vimos atrás, procurou-se estudar duas perspetivas de discriminação: numa perspetiva positiva, ou, numa perspetiva de discriminação negativa, com uma conotação e simbolismos negativos. Neste caso, alguns dos participantes consideraram excessivas as restrições colocadas ao seu grupo de idade. Considerando que esta é uma população naturalmente mais limitada e com pouca mobilidade, restringir os mesmos à sua habitação através de medidas especiais para idosos, foi-lhes retirar a pouca mobilidade e

liberdade que tinham. A associação da falta de mobilidade foi equiparado a sentimentos de “morte” e “desespero” para alguns dos participantes - O facto de se querer proteger os idosos pode ter um efeito oposto: Embora tenha sido bem documentado que a idade cronológica é um fator de risco para COVID-19 (Dessie & Zewotir, 2021; Gallo Marin et al., 2021), muitos especialistas em gerontologia criticaram o uso exclusivo da idade como base para a implementação de medidas (BSG, 2020; Ehni & Wahl, 2020). Reynolds considerou a pandemia como um "evento focalizado na idade" e destacou comportamentos que inadvertidamente perpetuam a ideia de que os idosos são "dependentes" (2020). Práticas de apoio com base em estereótipos que consideram os idosos como "necessitados de cuidados" foram maximizadas (Vervaecke & Meisner, 2021) e são conhecidos por terem impactos negativos na saúde, esperança de vida e participação social (Swift et al., 2017).

Cresswell (2021) suspeita que a pandemia possa levar a cabo uma revalorização do sedentarismo e à patologização da mobilidade, tendo em conta a narrativa geral sobre mobilidade.

Em Portugal, os idosos com mais de 70 anos foram submetidos a restrições especiais, incluindo a limitação e desencorajamento de viagens essenciais que resultaram em efeitos adversos não intencionais, como o aumento da solidão, isolamento social e insegurança financeira devido a perdas de emprego, etc. (Monahan et al., 2020) – sentimento de dever de proteção especial – exemplo de discriminação positiva. As restrições de circulação para os idosos foram tendencialmente mais rigorosas *“discriminação é agravada pelo preconceito relacionado à idade”* (Lebrasseur et al., 2021).

Partindo desta ideia, sugere-se que em situações futuras idênticas haja uma maior sensibilidade na aplicação e ponderação das medidas de restrições aos idosos, tendo por base as variantes acima referidas. Deu-se também uma transformação notável na relação com o ambiente da forma como o conhecíamos (Honey-Rosés et al., 2020).

A pandemia vista como uma oportunidade, novamente: A digitalização na população idosa está em desenvolvimento, e essa evolução aconteceu durante a pandemia, onde os idosos passaram ter mais tempo para aprender e encontraram no uso de telemóvel e computador, uma resposta e alternativa à carência de contacto presencial com familiares e amigos. Mais de metade das respostas a este tópico indicaram uma maior adesão às tecnologias por parte da amostra. É possível que a interação social através de meios alternativos, como chamadas telefónicas e videochamadas, possam ter desempenhado um papel importante em mitigar os efeitos negativos do isolamento durante a pandemia (Györi, 2023; Heidinger & Richter, 2020). No entanto, a maioria dos idosos não se sente à vontade com *smartphones*, tecnologias ou com a linguagem das redes sociais. Houve uma maior curiosidade e receptividade ao uso de telemóveis, contudo há um longo trabalho a fazer ainda no que toca à literacia digital da população idosa. Questionados pela qualidade da informação prestada durante o COVID-19, a maioria da amostra referiu a informação como importante para a tomada de decisões diárias naquela fase, contudo, considerou igualmente excessiva e repetitiva. Alguns indivíduos dizem ter se sentido “bombardeados” pela atuação dos *media*, em relação ao Covid-19.

“É importante também reduzir a exposição dos idosos aos media, limitando a exposição a notícias traumáticas” (Silişteanu, 2022). A percepção de suporte social pelos idosos, foi primordialmente mediado pela tecnologia e também na convivência ambiental (Zanatta, C., et.al., 2021). As tecnologias e redes sociais foram e são relevantes, no que toca à amenização do isolamento dos idosos, pois, para além de se revelarem uma forma de ocupar o tempo livre, também permitem estabelece relações com os familiares e amigos (Assessoria, 2020; Vieira, 2020).

Também foi demonstrado que estar sozinho não é o mesmo que solidão, uma vez que uma pessoa pode sentir-se sozinha mesmo quando rodeada por outras pessoas, ou mesmo, uma pessoa pode gostar de estar sozinha sem se sentir só, tendo-se tornado mais resilientes durante as medidas de segurança (Hawkey e Cacioppo, 2010; Heidinger & Richter, 2020; Perissinotto et al., 2012).

Percebeu-se na leitura dos resultados que não existe um consenso sobre a experiência de isolamento. Pois, houve participantes que apesar de se estarem sozinhos, consideravam-se sentir bem assim e era a forma que encontravam de se sentir bem. Todavia, verificou-se testemunhos de participantes que foram aprofundamente afetados pelos sucessivos confinamentos e restrições impostas à sua mobilidade, e tal culminou num maior sentimento de solidão. Sobretudo aqueles que mudaram a sua vida 360 graus e passaram a receber menos visitas da família, e aqueles que estavam institucionalizados, como prova a literatura - O isolamento social e a quarentena, alteraram consideravelmente o estilo de vida dos idosos, reduzindo a interação social, o que afetou negativamente a sua saúde física e mental (Silişteanu, 2022).

Ao nível dos serviços de proximidade e atividades culturais, a maioria dos participantes admite ter tido as suas atividades e hábitos condicionados, sendo que houve uma maior dificuldade em manter os mesmos pois uma parte considerável dos espaços e serviços foram encerrados, quando começou a abrir houve uma tentativa de readaptação e regressar à nova normalidade, mas no geral foram atividades que tiveram muito menos adesão.

Constatou-se que entraves/restrições resultantes da pandemia tiveram impacto no bem-estar e na frequência da atividade física dos participantes. A prática de atividade física foi uma das principais ocupações e possíveis “escapes” para a maioria da população na pandemia. Variavelmente de acordo com os níveis de confinamento eram permitidos passeios higiénicos, e por isso as pessoas aproveitavam para sair à rua e praticar exercício físico. Contudo, o facto da amostra deste estudo possuir idades superiores a 65 anos, poderão ter tido mais limitações a este nível. Muitos dos participantes fizeram uso dos espaços verdes envolventes à sua habitação. A existência destes espaços próximos da sua área de residência foi fundamental para a maior ou menor prática de exercício físico. Enquanto outros não tiveram a mesma oportunidade: por falta desses espaços, ou por falta de mobilidade.

A prática de atividade Física surge associada à sensação de “liberdade” e “descompressão” para vários dos participantes, e por isso associado ao bem-estar psicológico e saúde física dos mesmos. A impossibilidade da prática de exercício físico trouxe efeito nefastos para a população deste grupo de

idade, nomeadamente para idosos ativos e com mobilidade); *“A inatividade física pode, ao longo do tempo, levar à redução da capacidade de locomoção, comprometimento da mobilidade, problemas neurocognitivos e afetar as atividades de vida diária”* (Silişteanu, 2022).

As dificuldades em aceder a espaços e equipamentos desportivos, como também, a espaços sociais, impostas pelas restrições, impossibilitou para muitos a continuidade da prática do exercício físico. Pois, a participação em atividades sociais é um estímulo importante para os idosos aumentarem os seus níveis de atividade física, melhorarem a sua função cognitiva e a qualidade de vida (Banerjee, 2020; Silişteanu, 2022). Nesse sentido, a atividade física desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A ideia de confinamento foi por várias vezes associada e equiparada por alguns participantes à ideia de aprisionamento. Numa eventual futura pandemia, torna-se impreterível a forma de como as restrições devem ser impostas, nomeadamente a franjas da população à partida mais fragilidades e com pouca mobilidade - a mobilidade é um indicador da qualidade de vida na velhice e que mantê-la acima dos 60 anos de idade, é fundamental (FELIPE, 2021). Isto é, as aplicações de restrições devem receber algum alívio para a população idosa, ou pelo menos, serem revistas com diferentes critérios.

No que concerne à socialização, uma vez mais, teremos que a relacionar com a temática mais mencionada neste estudo, o bem-estar psicológico (que surge como variável de quase todas as categorias em análise). Deste modo, é sabido que as medidas de restrição de contato levaram à uma diminuição da interação dos idosos com familiares e a sua rede de apoio. A ausência ou redução de interações sociais, por sua vez, é reconhecida como uma condição de risco para o desenvolvimento de condições graves de saúde mental, como *stress*, ansiedade e depressão. A ocorrência de depressão, solidão e ansiedade em uma amostra de 501 idosos (60 anos ou mais) confinados durante a pandemia de COVID-19 nos Estados Unidos, foi de 13%, 26% e 9%, respetivamente.

Ainda sobre a socialização, segundo os resultados, cerca de 80% das respostas confirmaram o cenário mais expectável: a diminuição e privação dos contactos generalizada – a socialização com amigos e o contacto com a família, foi profundamente afetado e, em alguns casos, foi mesmo extinto durante a pandemia (Banerjee, 2020; Heidinger & Richter, 2020; Silva, 2020).

Quanto à habitação, apesar de ter sido um tema pouco escrutinado e apontado pela amostra, foi um tópico especialmente referido por participantes que moravam em espaços envoltos de varadas/terraços ou espaços verdes alocados à área da sua habitação. Estes consideraram estes espaços como determinantes para “espairecer” e “respirar” durante a fase da pandemia, nomeadamente durante os períodos de confinamentos mais restritos. Em detrimento, dos que moravam em apartamentos e que viram numa realidade mais limitada e de algum “sufoco”.

Para os idosos saírem das suas habitações e fazerem uma boa utilização dos espaços de proximidade, é necessário que existiam espaços caminháveis que permitam uma maior mobilidade aos mesmos. *“Um ambiente, e espaço público visualmente agradável, limpo e caminhável – incluindo zonas*

específicas para “mobiliário” urbano (bancos, sombras). A existência dos mesmos, irá permitir aos idosos sair das suas habitações tendo por vista momentos de lazer ao ar livre, aumentando potencialmente as interações sociais e atividade física, e, conseqüentemente melhorando o seu bem-estar e por fim (o atraso) dos problemas de saúde e comorbilidades (Mouratidis, 2018; Yen et al., 2009)”.

No “Acesso e Qualidade dos cuidados de saúde”, alguns participantes referiram ter problemas no acesso aos hospitais, sendo que muitos deles consideraram o acesso como muito negativo. Para além disso, houve diferenças com base na localização importantes a considerar. Em Coimbra que é conhecida pela qualidade dos seus hospitais públicos e privados, os participantes relataram bons acessos, enquanto os de Aveiro, foram enviados a Coimbra para certas consultas de especialidade. A maioria dos feedbacks em questões da qualidade do serviço hospitalar revelou-se como muito negativo durante a pandemia. Foi reclamado por inúmeros participantes, a alarmante falta de médico de família generalizada na AML. Os participantes admitem ainda que possa ter existido algum descuro do tratamento/acompanhamento das doenças correntes durante a fase da pandemia em detrimento da prioridade que foi dada aos doentes Covid-19, e essa é também uma contestação veemente que fica patente nos resultados desta pesquisa.

No que concerne ao impacto financeiro conseqüente da pandemia, as opiniões foram divididas, sendo que dentro das mais negativas, o impacto foi profundo e “irreparável” segundo o relato de alguns participantes. Segundo dados do Banco Central Europeu, os portugueses foram dos que sofreram mais com a pandemia da Zona Europa a nível de perda de salários e rendimentos, muito devido ao regime do *Lay-Off*, segundo dados do Banco Central Europeu.

Em suma, podemos afirmar genericamente que a COVID-19 trouxe, indubitavelmente impactos na mobilidade e no bem-estar físico e psicológico da população idosa, neste caso, na amostra considerada. De grosso modo, os impactos foram negativos para a maioria da população idosa, e mesmo críticos para alguns participantes, como seria expectável, o que vem confirmar as hipóteses inicialmente propostas, como aliás se verificou em estudos realizados em outros países – *“As pessoas idosas estão a ser gravemente afetadas. Não só porque têm maior risco de desenvolver doenças graves proveniente da Covid-19, mas também, pelas recomendações de distanciamento e isolamento social. A restrição da mobilidade na sua vida, e em particular fora de casa, leva a uma diminuição do nível de atividade física e resulta no comprometimento da capacidade funcional, aumenta a possibilidade de doenças crônicas e aumenta o risco de fragilidade”* (FELIPE, 2021). Todavia, ao contrário do que a literatura propõe (Banerjee, 2020; Heidinger & Richter, 2020; Liu et al., 2021; Seethaler et al., 2021; Silişteanu, 2022; Thyrian et al., 2020; Wang et al., 2023), o presente estudo veio demonstrar que para alguns dos participantes, a pandemia COVID-19 foi igualmente vista como uma oportunidade. Ou seja, foi assumida como uma janela de oportunidade para ganho de novos hábitos e passatempos, estimulados pelo maior tempo livre, assim como, uma oportunidade para retomar interações familiares descuidadas anteriormente. Ou simplesmente, a Covid-19 vista como

oportunidade individual, em que alguns participantes referem ter passado a dedicar mais tempo ao seu investimento e culto intelectual.

Um ponto relevante e uma mensagem que advém desta pesquisa, passa também pela constatação de alguma desvalorização ou descrédito crescente da pandemia Covid-19 por parte de alguns participantes, aquando comparada com outros problemas e patologias já existentes e, que já por si só, já constituíam preocupações maiores para esses indivíduos. Problemas e comorbilidades associados à idade, doenças prolongadas, problemas cardíacos, hipertensão, diabetes, tumores ou problemas como quedas graves decorridas durante a pandemia, foram alguns dos motivos válidos que explicaram a posição desses participantes que justificaram alguma desvalorização da pandemia - reduzindo a pandemia a algo insignificante e normativo para estes, comparando por algumas vezes a covid-19 a gripes e pandemias anteriores igualmente suscetíveis de perigo. Para eles o “verdadeiro Covid” eram estes problemas apontados. O reforço da ideia assente na idade e da velhice natural já limitar por si só a vida dos idosos, sem a ação direta do covid-19.

Deste modo, alguns participantes mencionaram que as suas patologias existentes pré-Covid-19 agudizaram-se durante a pandemia, seja pela falta de acompanhamento médico, ou pelo fator idade, não tendo assim um efeito direto/causa derivada pela ação da pandemia. A falta de mobilidade e a doença que existia antes da pandemia Covid-19 acabou por piorar em alguns casos, principalmente devido às restrições impostas, e este facto, é também um resultado.

Assim, serão por isso, necessárias intervenções, no que diz respeito à saúde mental do idoso que minimizem as consequências da pandemia, com vista a aumentar a qualidade de vida e o seu bem-estar (Pacheco, A. 2021: OMS, 2021; OMS, 2021). Também, a prática de exercício físico foi recomendada como estratégia para mitigar os efeitos negativos do confinamento na mobilidade, além da limitação do comportamento sedentário e fortalecimento de políticas públicas de à população idosa. Para seguir estas recomendações, as tecnologias digitais foram apontadas com cruciais, contudo, apenas uma pequena percentagem da população tem acesso às mesmas, tornando necessária a operacionalização de outros métodos de divulgação (Felipe, 2021).

5.1 Limitações do estudo

O presente estudo não está isento de limitações, pelo que a interpretação dos resultados deve ser feita com precauções. Primeiramente, dadas as condições pandémicas e o uso de uma amostragem por conveniência, o estudo foi limitado a um grupo mais acessível de idosos que pode não ser representativo da heterogeneidade da população idosa, uma vez que a população de idosos pode ser mais difícil de alcançar por vários motivos. Outra limitação prende-se com a subjetividade associada a uma análise qualitativa, bem como pela por vezes visível inconsistência nas respostas. Também, a realização das entrevistas ter sido feita a uma população de risco numa altura em que ainda estava presente algum receio associado ao contacto social. Houve, por isso, alguma reticência implicada no contacto com as instituições ou nas deslocações às habitações dos idosos, uma vez que as entrevistas

foram realizadas presencialmente. Outra limitação foi o facto de as entrevistas terem sido realizadas com algum desfasamento temporal do primeiro confinamento (mais de um ano), o que pode ter condicionado algumas respostas por problemas de memória ao tentarem recordar as suas vivências, experiências e eventos passados. Por fim, o facto de as entrevistas terem sido gravadas e, no momento da transcrição do texto, alguns trechos dos áudios tornaram-se impercetíveis em algumas das transcrições.

6. Conclusão

O presente estudo teve um papel importante no conhecimento e familiarização do impacto da pandemia COVID-19 na população idosa, bem como, nas consequências diretas para a sua vida.

Desde o início da pandemia, foram levantadas questões sobre como a pandemia poderia mudar ou mesmo transformar as relações com nossos ambientes de vida. A Covid-19 teve um impacto desproporcional na saúde e no bem-estar dos idosos devido ao aumento do risco de gravidade da doença com o avanço da idade e comorbilidades associadas.

Concluimos, através dos relatos dos entrevistados que, de um modo geral, houve um agravamento do estado de saúde na sua globalidade, a nível físico e mental. As dinâmicas sociais também sofreram alterações consideráveis, pois os idosos viram o isolamento social aumentar e as relações sociais com amigos e familiares condicionadas. Todavia, devemos frisar que embora o isolamento seja muitas vezes associado a uma ideia de sentimento de solidão, nem sempre se verifica - o que foi comprovado pelos testemunhos de alguns participantes. Ou seja, constatou-se que determinados participantes apesar de viverem efetivamente sozinhos, não identificavam a presença de solidão. A mudança das rotinas de vida, que em muito condicionou os idosos, foi igualmente um problema evidenciado, gerando sentimentos negativos, de desconforto e sofrimento, visto que a população idosa estava condicionada a casa e a espaços próximos, como forma de proteção. De forma a mediar e a gerir o confinamento, as rotinas diárias e o acesso às tecnologias e meios de comunicação social foram muito importantes, pois permitiram que estivessem informados e menos sozinhos. O estudo demonstrou igualmente que o sentimento de comunidade e entreajuda foi fortalecido durante a pandemia. Ficou notório neste estudo que os “mais idosos” (os maiores de 70 anos) e os idosos mais ativos, foram os mais penalizados nesta fase pandémica. Revelou que esta era uma população mais desprotegida e vulnerável visto que apresentava maiores comorbilidade e que, a condição de um idoso de 65 anos, provavelmente é diferente do que a de um idoso de 80 anos.

Assim, é possível identificar que a mobilidade, a liberdade e o contacto social são consideradas mais-valias muito importantes para o bom funcionamento da vida na população idosa. Mais-valias essas que foram altamente restringidas durante a pandemia (equipamentos desportivos encerrados, idas à natação e fisioterapia, atividades culturais, entre outros). Limitar a mobilidade a um grupo de idade que naturalmente já possui mobilidade mais reduzida, poderá culminar em efeitos nefastos: redução de atividade física e conseqüentemente deterioração da saúde física e psicológica, que poderá culminar em doença e menos anos de vida saudáveis.

As restrições à circulação de idosos foram severas, com muitos países a instituírem restrições com base na idade cronológica. Em Portugal, as medidas de confinamento foram direcionadas aos idosos e, medidas de maior limitação para idosos com 70 ou mais anos. Assim, Este estudo foi relevante

para enfatizar a tomada de consciência sobre a forma como deveriam ser aplicadas no futuro as medidas de restrições aplicadas a idosos e a idosos com mais de 70 anos, de acordo com as suas necessidades, a fim de despenalizar e aliviar alguns dos problemas indicados ao longo desta investigação, e com o objetivo de potenciar os anos de vida saudável dos mesmos. Revelou ainda que a população idosa é um grupo heterogéneo e não deve ser analisado como um todo. Cada idoso possui diferentes especificidades, e tal deve ter-se em conta quando se interpreta estas temáticas.

Apesar do choque e das consequências negativas causadas pela pandemia para a maioria da amostra, a pesquisa revelou particulares nuances: alguns dos participantes consideraram a pandemia como uma oportunidade para se dedicarem à família e a outras áreas da sua vida, vendo-a como um “escape”. Da mesma forma que, vários participantes da amostra admitiram ter relativizado esta crise pandémica, manifestando alguma despreocupação e algum desprezo, pois, viam-se a braços com problemas de maior gravidade anteriores à pandemia (doença prolongada, diabetes, tumores, entre outros).

Em suma, importa consciencializar a sociedade e os seus governos, para que as respostas à pandemia sejam uma realidade urgente, eficaz, global e multidisciplinar, de forma a minimizar as desigualdades sociais no acesso a bens e serviços, quer na população idosa como em toda a sociedade, de forma a recuperar e superar as perdas vividas. Bem como, é preciso desmitificar-se a ideia idadista de “vulnerabilidade” e “incapacidade” associada à população idosa, bem como, estudar o envelhecimento como um fenómeno que necessita de respostas multidimensionais, não o vendo como um problema.

É importante referir a escassez de estudos a nível nacional relacionados com o impacto da pandemia na mobilidade dos idosos, uma vez tratar-se de um tema recente. Dada a emergência do tema, estudos futuros poderão desenvolver a abordagem da mobilidade de uma forma mais e completa.

7. Bibliografia

- Almeida, M. (2023). Um país na idade Maior. *Revista E. Expresso*.
- Alves, M. & Lopes, P. (2015). Ensino superior em Portugal: retrato sociográfico. Gabinete de Estudos – SNESE
- Antonucci, C., Ajrouch, J., & Birditt, S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Atzendorf, J., & Gruber, S. (2021). Depression and loneliness of older adults in Europe and Israel after the first wave of covid-19. *European Journal of Aging*, 19(24), 849 - 861. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00640-8>
- Baltes, B., Freund, M., & Li, C. (2005). The Psychological Science of Human Aging. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511610714.006>
- Bandeira, L., Azevedo, B., Gomes, S., Tomé, P., Mendes, F., Baptista, I., Cabral, V. (2014). Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*
- Banerjee, D. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1466–1467. <https://doi.org/10.1002/gps.5320>
- Banskota S., Healy M., Goldberg E. (2020). 15 smartphone apps for older adults to use while in isolation during the COVID-19 pandemic, *West. J. Emerg. Med.* 21(3), <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47372>.
- Bárrios, J., Marques, R., Fernandes, A. (2020). Envelhecer com saúde: Estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. *Rev Saude Publica*, 54:129.
- Barros, C., Albuquerque, R. & Rosa, S. (2022). Como é que o mundo mudou desde que nasceu? *Jornal Expresso* <https://multimedia.expresso.pt/8-mil-milhoes/>
- Barroso, S., Marques da Costa, E., Andrade, I., Jeffrey, P., McKenna, R., Rodrigues, S. (2012). Desenvolvimento Urbano Sustentável em Portugal: Uma abordagem Integrada, Comissão Europeia – Direcção-Geral da Política Regional (Versão Portuguesa) http://www.portaldahabitacao.pt/opencms/export/sites/ibc/pt/ibc/docs_pdf_ibc/FinaR
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful aging and who should define it? *The BMJ*, 331(7531), 1548–1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>

- Brooks, K., Webster, K., Smith, E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buffel, T., Phillipson, C. & Scharf, T. (2012). Aging in urban environments: Developing ‘agefriendly’ cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597– 617. <https://doi.org/10.1177/0261018311430457>
- Cabral et al., (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*
- Cabral, J., Sarsfield, A., & Guimarães, R. (2007). Estatística: Guia para adultos. *Fundação José Neves, McGrawHill*
- Câmara Municipal de Faro. (2021). Estatísticas Concelhias (2021): 10 principais indicadores locais Faro. www.cm-faro.pt
- Chau, F., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Universidade Católica Portuguesa.
- Censos (2021). Instituto Nacional de Estatística. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
CCDRC censos
- De Pue, S., Gillbert, C., Dierckx, A., Vanderhasselt, A., Raedt, R., & van den Bussche, E. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on wellbeing and cognitive functioning of older adults. *Scientific Reports*, 11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84127-7>. Article e4636.
- Demura, S., & Sato, S., (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J. Physiol. Anthropol. Appl. Hum. Sci.* 22 (3), 159–166.
- Diagnóstico social e plano de desenvolvimento do município de Aveiro 2022-2024 (2022). <https://www.cm-aveiro.pt/municipio/comunicacao/noticias/noticia/diagnostico-social-e-plano-de-desenvolvimento-social-2022-2024>
- DiGiovanni, G., et al. (2020). Development of a telehealth geriatric assessment model in response to the COVID-19 pandemic, *J. Geriatr. Oncol.* 11(5), 761-763, <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.04.007>.
- Doraiswamy, S., Cheema, S., Mamtani, R. (2020). Older people and epidemics: A call for empathy. *Age Aging*,. <https://doi.org/10.1093/aging/afaa060>.
- Duarte, A. et al. (1996). Sondagens: a amostragem como factor decisivo de qualidade. *Edições Sílabo, 1*

- Ferreira, L., Maciel, C., Costa, G., Silva, O., & Maria, M. (2012). Active aging and its relationship to functional independence. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Felipe, G., (2021). Impacto da pandemia de COVID-19 na mobilidade de idosos: uma revisão de escopo. Universidade de Campinas. [file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Disseta%C3%A7%C3%A3o/Felipe_SarahGiuliaBandeira_M%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Disseta%C3%A7%C3%A3o/Felipe_SarahGiuliaBandeira_M%20(1).pdf)
- Fonseca, A., (2021). Aging in Place. Envelhecimento em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. *Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa, 1*
- Fundo de Populações das Nações Unidas. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Gallé, F., et al., (2021). Acceptance of COVID-19 Vaccination in the Elderly: A Cross-Sectional Study in Southern Italy. *Vaccines*, 9(11), 1222; <https://doi.org/10.3390/vaccines9111222>
- Gama, O. (2015). Envelhecimento ativo em áreas periurbanas. Aplicação de uma metodologia participativa com vista a maximizar o contributo da Arquitetura Paisagista na melhor adaptação do espaço público às necessidades da população idosa. *Lisboa: ISA*, 120 p.
- García-Fernández, F., Romero-Ferreiro V., López-Roldán, S., Padilla, R. Rodríguez, J. (2020). Mental health in elderly Spanish people in times of COVID-19 outbreak, *Am. J. Geriatr. Psychiatr.: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 28 (10) 1040–1045, <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.027>.
- Giebel, C., Hanna, K., Cannon, J., Eley, R., Tetlow, H., Gaughan, A., Komuravelli, A., Shenton, J., Rogers, C., Butchard, S., et al. (2020). Decision-making for receiving paid home care for dementia in the time of COVID-19: a qualitative study. *BMC Geriatr.*;20(1):333.
- Graham, S., Junghans, C., Downes, R., Sendall, C., Lai, H., McKirdy, A., Elliott, P., Howard, R., Wingfield, D., Priestman, M., et al. (2020). SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing home.
- Gomes, D. (2022). Impacto da pandemia nas relações familiares em idosos institucionalizados. [Dissertação de mestrado]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5829>
- Gupta, S. (2021). A Review of Age-friendly cities and Healthy Aging. Im (Ed.).

- Le, T., Lai, X., Sun, J., Hoang, T., Vu, G., Pham, Q. et al. (2020). Anxiety and depression among people under the nationwide partial lockdown in Vietnam. *vol. 8*, 589359.
- Luísa, C. (2021). O impacto da pandemia COVID-19 na vida dos idosos: Percepção e mudança. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 - 3. ISSN: 0214-9877. pp:29-40
- Hawkey, C., and Cacioppo, T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 40, 218–227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8
- Heidinger, T., & Richter, L. (2020). The effect of COVID-19 on loneliness in the elderly. An empirical comparison of pre-and peri-pandemic loneliness in community-dwelling Elderly. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585308>
- Honey-Rosés, J., Anguelovski, I., Chireh, K., Daher, C., Konijnendijk van den, Bosch, C., Litt, S., Mawani, V., McCall, K., Orellana, A., Oscilowicz, E., Sánchez, U., Senbel, M., Tan, X., Villagomez, E., Zapata, O., & Nieuwenhuijsen, J. (2020). O impacto da COVID- 19 no espaço público: uma revisão inicial das questões emergentes – Design, percepções e desigualdades, *Cidades e Saúde* 5(1), S263-S279. <https://doi.org/10.1080/23748834.2020.1780074>
- Jalali, C., et al. (2022). Um novo normal? Impactos e lições de dois anos de pandemia em Portugal. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. <https://www.ffms.pt/pt-pt/estudos/um-novo-normal-impactos-e-licoes-de-dois-anos-de-pandemia-em-portugal>
- Kalache, & Kickbush. (1997). Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida.
- Kalache, L. P. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 87, No. 5.
- KalacheI, A., VerasII, R. P., & RamosI, L. R. (2001). The aging of the world's population. A new challenge. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/RRbSJj3PsLtCXyLPqzTJh6Q/?lang=pt>
- Kelly, K. (2023). 2013: What should we be worried about? *Edge*. <https://www.edge.org/response-detail/23722>
- Krendl, C., & Perry, L. (2020). The impact of sheltering in place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e53–e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Laporte, F, Heinrich, S, Wolf-Ostermann, K, Schmidt, S, Thyrian, R., Schafer-Walkmann, S., Holle, B. (2017). Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline. *Aging Ment Health*. 21(9):926–37.

- Lee, Y., et al. (2021). Government Response Moderates the Mental Health Impact of COVID-19: a Systematic Review and Meta-Analysis of Depression Outcomes across Countries. *290*, pp. 364–377.
- Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Bussi eres, EL, Best, K., Boucher, N., Hotton, M., Beaulieu, S., Mercier, C., Lamontagne, ME, & Routhier, F. (2021). Impacto do COVID- 19 sobre pessoas com deficiência física: uma revisão rápida. *Deficiência e saúde Diário*, *14*(1), 101014.
- Liu, Q., Liu, Y., Zhang, C., An, Z., & Zhao, P. (2021). Elderly mobility during the COVID-19 pandemic: A qualitative exploration in Kunming, China. *Journal of Transport Geography*, *96*. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2021.103176>
- Mauritti, R. et al. (2022). Terr rios de bem-estar: assimetrias nos municípios portugueses. *Funda o Francisco Manuel dos Santos*. <https://www.ffms.pt/pt-pt/estudos/territorios-de-bem-estar-assimetrias-nos-municipios-portugueses>
- Means, R. (2007). Ageing in place and vulnerable older people in the UK. *Social Policy & Administration*, *41*, 65-85.
- Milligan, C. (2009). There’s no place like home. Place and care in an ageing society. *Farnham, UK: Ashgate*.
- Minayo, M. C., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das técnicas de investiga o qualitativa. *Revista Lusofona de Educa o*, 143.
- Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M. & Levy, R. (2020). COVID-19 e preconceito de idade: como as respostas positivas e negativas afetam os adultos mais velhos e a sociedade. *American Psychologist*, *75*(7), 887–896. <https://doi.org/10.1037/amp0000699>
- Moon, B. K. (s.d.). *Relatório ONU*.
- Na es Unidas. (2019). *Aging Issues*.
- Naughton, L., Cunha, F., Padeiro, M & Santana, P. (2022). O que a pandemia e o seu impacto na mobilidade e bem-estar dos idosos podem nos ensinar sobre cidades e comunidades amigas do idoso. (Manuscrito para publica o). Universidade de Coimbra
- Nazareth, M. (1996). *Introdu o   Demografia – Teoria e Prática*. Lisboa.
- Neves, H. (2012). Causas e Conseq ncias da Institucionaliza o de Idosos: Estudo tipo série de casos. *Universidade da Beira Interior*
- Oliveira, S., Akemi, D., Junior, A., Roberto, J., Bertolini, G., Maria, S., & Vicentini, D. (2016). Participation of elderly in social groups: Quality of life and functional capacity. *Revista Da*

Rede De Enfermagem Do Nordeste, 17, 278–284. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000200016>

- OMS (2002). Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Genebra: OMS, 2002. <https://www.un.org/en/global-issues/aging>
- Ooi, P., et al. (2021). Active aging, psychological well-being and quality of life of elderly and pre-elderly Malaysians during movement control periods. *Educational Gerontology*. 47(8) 353-368. <https://doi.org/10.1080/03601277.2021.1983295>
- Padeiro, M. (2021). Recomposições territoriais do envelhecimento em Portugal. In L. Cunha, P. Santana, L. Lourenço, N. Santos, & P. N. Nossa (Eds.), *Geografia, Turismo e Território: Livro de Homenagem a Fernanda Delgado Cravidão*. *Imprensa da Universidade de Coimbra* (221-242)
- Padeiro, M., Santana, P., & Grant, M. (2022). Chapter 1 - Global aging and health determinants in a changing world,. (*J. O. Paulo J. Oliveira, Ed.*) Pages 3-30. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-823761-8.00021-5>.
- Pani-Harreman, K., Bours, G., Zander, I., Kempen, G., van Duren, J. (2020). Definitions, key themes and aspects of ‘ageing in place’: A scoping review. *Ageing & Society*. (<https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094>)
- Peneda, J. A. (2022). O significado de alguns dados do último recenseamento. *Jornal da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade* <https://www.solidariedade.pt/site/detalhe/14565#>
- Perissinotto, M., Cenzer, S., and Covinsky, E. (2012). Loneliness in Older Persons: A predictor of functional decline and death. *Arch. Int. Med.* 172, 1078–1083. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993
- Phillipson, C. (2013). *Ageing*. *John Wiley & Sons*.
- Plouffe, L. & Kalache, A. (2010). Rumo a cidades globais amigas dos idosos: determinando características urbanas que promovam o envelhecimento ativo. *J. Saúde Urbana*, 87.
- Picaza, M., Gorrochategi, A., Munitis, M., Santamaria, N., Etxebarria, O. (2020). Stress, anxiety, and depression in people aged over 60 in the COVID-19 outbreak in a sample collected in northern. *Spain, Am. J. Geriatr. Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 28(9), 993–998, <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.022>.
- Ransing, R., et al. (2020). Mental health interventions during the COVID-19 pandemic A conceptual framework by early career psychiatrists, *Asian J. Psychiatr.* 51 (April), 102085, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102085>.

- Rantakokko, M., Manty, M., & Rantanen, T. (2013). Mobility decline in old age. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 41 (1), 19–25.
- Resende, R. (2016). Técnica de Investigação Qualitativa: ETCI. *Journal of Sport Pedagogy & Research.* 2-1, 50-57
- Rodrigues, T. (2018). Envelhecimento e políticas de saúde. *Fundação Francisco Manuel dos Santos.*
- Rosa, M. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, 28(122), 679-689. <http://www.jstor.org/stable/41011148>.
- Rosa, M. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. *Relógio D'Água Editores*
- Runcan, P. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>.
- Sagarra-Romero, L., & Viñas-Barros, A., (2020). COVID-19: short and long-term effects of hospitalization on muscular weakness in the elderly. *Int. J. Environ. Res. Publ. Health* 17 (23), 8715, <https://doi.org/10.3390/ijerph17238715>.
- Sagnier, L. et al. (2021). Os Jovens em Portugal, Hoje. *Fundação Francisco Manuel dos Santos.* <https://www.ffms.pt/pt-pt/estudos/os-jovens-em-portugal-hoje>
- Santana, P. (s.d.). Envelhecimento.
- Santana, P. et al. (2020). Perfil municipal de saúde de Coimbra 2020: Estratégia municipal de saúde de Coimbra 2021-2025. Vol 1. <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/saude/estrategia-municipal-de-saude/perfil-municipal-de-saude-de-coimbra-2020>
- Santana, P., Nogueira, H., & Almendra, R. (2021). A Esperança de Vida em Portugal (Vols. *GEOGRAFIA, TURISMO E PATRIMÓNIO*).
- Santos, F. et al. (2023). Alterações climáticas: um futuro possível. *Fundação Francisco Manuel dos Santos.* <https://www.ffms.pt/pt-pt/ffms-play/documentarios/alteracoes-climaticas-um-futuro-possivel>
- Santos, M. (2017). Prevalência e características sociodemográficas dos praticantes de corrida em Portugal. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana
- Schwanen, T. & Páez, A. (2010). The mobility of older people: an introduction. *J. Transp. Geogr.* 18 (5).
- Seethaler, M., Just, S., Stötzner, P., Bempohl, F., & Brandl, E. J. (2021). Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic in Elderly Psychiatric Patients: a Longitudinal Study. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1439–1457. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09917-8>

- Seidel, D. & Thyrian, R. (2019). Burden of caring for people with dementia - comparing family caregivers and professional caregivers. A descriptive study. *J Multidiscip Healthc.*12, 655–63.
- Sepúlveda-Loyola, W. et al., (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *J. Nutr. Health Aging* 24 (9) 938e947, <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>.
- Serafim, M. (2007). Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas. *Universidade do Algarve*.
- Silişteanu, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the physical and mental health of the elderly. In *Biomedical Engineering Applications for People with Disabilities and the Elderly in the COVID-19 Pandemic and Beyond*. Elsevier (335–345). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85174-9.00012-1>
- Silisteanu, C., & Covasa, M. (2015). Assisting the quality of life for old age persons (over 65 years old) with disabilities, in: International Workshop on Computational Intelligence for Multimedia Understanding (IWCIM), <https://doi.org/10.1109/IWCIM.2015.7347089>.
- Simão, C. (2020) Institucionalização e des(identificação) da população idosa: A minha experiência no convívio com os idosos institucionalizados. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Ponta Delgada
- Síntese do Diagnóstico: Anexo ao plano de desenvolvimento social supraconcelhio do Algarve 2022-2027, (2022). Centro de Estudos para a Intervenção Social.
- Song, Y., Liu, T., Wang, X., Guan, T., (2020). Fragmented restrictions, fractured resonances: grassroots responses to Covid-19 in China. *Crit. Asian Stud.* 1–18.
- Stanton, R., Quyen, G., Khalesi, S., Williams, L., Alley, J., Thwaite, L., Fenning, S., & Vandelanotte, C. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>
- Statista. (2022). <https://www.statista.com/statistics/270861/life-expectancy-by-continent/>
- Thyrian, R., Kracht, F., Nikelski, A., Boekholt, M., Schumacher-Schönert, F., Rädke, A., Michalowsky, B., Vollmar, C., Hoffmann, W., Rodriguez, S., & Kreisel, H. (2020). The situation of elderly with cognitive impairment living at home during lockdown in the Corona-pandemic in Germany. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01957-2>

- Thyrian, R., Winter, P., Eichler, T., Reimann, M., Wucherer, D., Dreier, A., Michalowsky, B., Zarm, K., Hoffmann, W. (2017). Relatives' burden of caring for people screened positive for dementia in primary care: results of the DelpHi study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 50(1):4–13.
- Tibiriçá, E., & De Lorenzo, A. (2020). Increased severity of COVID-19 in people with obesity: are we overlooking plausible biological mechanisms? *Obesity* 28(8) 1374 [published online ahead of print, 2020 May 13].
- Tibiriçá, E. & De Lorenzo, A. (2020). Increased severity of COVID-19 in people with obesity: are we overlooking plausible biological mechanisms? *Obesity* 28(8) 1374
- UN. (2022). *World Population Prospects*.
- UNDESA. (2014). *População urbana e rural por idade e sexo, 1980–2015*. Nações Unidas.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects: The 2022 Revision. New York: United Nations. <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/61/locations/915,916,931,904/start/2019/end/2022/bar/barvertical>.
- UNStats and World Bank. (2020). Monitoring the state of statistical operations under the COVID-19 Pandemic: Highlights from a global COVID-19 survey of National Statistical Offices.
- van Dijk, H., Cramm, J., Van Exel, J., Nieboer, A. (2015). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing & Society*. (<https://doi.org/10.1017/S0144686X14000622>)
- Vieira, M. (2008). Amostragem. [Tese de mestrado não publicada]. Universidade de Aveiro
- Wang, Y., Luo, B., Wang, J., & Liao, S. (2023). The psychological impact of the COVID-19 pandemic in the elderly in southwest China: A longitudinal study based on generalized estimating equations. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2023.103609>
- World Health Organization. (2015). Relatório de envelhecimento de envelhecimento e saúde.
- World Health Organization. (2002a). Active aging: A policy framework. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2002b). The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf
- World Health Organization, (2007). Global age-friendly cities: A Guide. *Author, Geneva, Switzerland*.

World Health Organization (2020, March 22). Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Yeom, A., Fleury, J. & Keller, C., (2008). Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatr. Nurs.* 29 (2), 133–140.

Fontes eletrónicas:

EUROSTAT (<https://ec.europa.eu/eurostat>) acedido em 2023

Instituto Nacional de Estatística (INE) (www.ine.pt) acedido em 2023

Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA): (www.pordata.pt) acedido em 2023

Ministério da Solidariedade (<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23>) acedido em 2023

OCDE (<https://www.oecd.org>) acedido em 2023

Carta Social (<https://www.cartasocial.pt/>) acedido em 2023

8. ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo

Grampcity - Moving Smartly Towards Accessible and Inclusive Urban Environments for our Elders (PTDC/GES-TRA/32121/2017)

Enquadramento

Esta investigação procura identificar de que forma o contexto de pandemia de COVID-19 afectou a mobilidade urbana das pessoas idosas (<http://www.grampcity.org/>). Este projeto junta investigadores de 4 Universidades portuguesas (Coimbra, Algarve, Lisboa e Aveiro).

Explicação do estudo

Este estudo enquadra-se na Tarefa 4.2 do projeto, intitulada “A influência da COVID-19 no espaço de vida comunitário e no bem-estar: experiências e percepções dos idosos”. O estudo consiste num conjunto de entrevistas junto de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e tem como objetivo avaliar como, e em que medida, o contexto de pandemia alterou os padrões de mobilidade da população idosa e o seu bem-estar.

A entrevista tem uma duração estimada entre 30 a 45 minutos. É recolhida informação referente ao agregado familiar, ao espaço de vida e aos padrões de mobilidade do/a entrevistado/a. A participação neste estudo não apresenta qualquer risco para o participante.

Condições e financiamento:

O projeto é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, com o número PTDC/GES-TRA/32121/2017. O inquérito é realizado exclusivamente para o presente estudo com carácter voluntário de participação, não acarretando qualquer custo para o participante.

Confidencialidade e anonimato

A equipa de investigação garante a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo. Garante de igual modo o anonimato, não se registando qualquer dado de identificação. A participação do/a entrevistado/a nunca será tornada pública.

Armazenamento e acesso aos dados

Esta investigação ajusta-se e cumpre rigorosamente as disposições da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e do Regulamento Europeu n.º 2016/679, de 27 de abril, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Após a conclusão da investigação, todos os dados serão apagados, garantindo que o período de armazenamento seja limitado ao estritamente necessário para analisar as informações recolhidas. Nenhuma informação recolhida nesta investigação será utilizada para fins de exploração comercial ou para outro fim que não os estudos associados a este projeto.

A equipa de investigação agradece a sua participação. Para qualquer dúvida, pode contactar o investigador principal, cujas informações de contacto se encontram indicadas:

Investigador: Miguel Padeiro

E-mail: jmnp@uc.pt

Contacto telefónico: 965850818

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ - ____ - ____

Se não for o próprio a assinar, por idade ou por incapacidade

Nome: _____

Grau de Parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____ Data: ____ - ____ - ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S IMPRESSAS EM DUPLICADO:

UMA FICA COM O INVESTIGADOR, OUTRA COM A PESSOA QUE CONSENTE Baseado na Norma da DGS nº 015/2013 “Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito”

Anexo II – Guião da Entrevista

Tarefa: A influência da COVID-19 no espaço de vida comunitário e no bem-estar: experiências e percepções dos idosos.

Objetivos n.º 3 a 5:

- Avaliar o papel do contexto de pandemia de COVID-19 e das medidas de contenção e mitigação no espaço de vida dos idosos;
- Analisar o modo como os padrões de mobilidade e acessibilidade resultantes do impacto das medidas de controlo da pandemia influenciam o bem-estar dos idosos;
- Identificar possíveis medidas de política pública para a mitigação dos efeitos negativos da pandemia de COVID-19 na mobilidade amigável dos idosos.

Método: entrevistas semi-estruturadas a uma amostra 30 pessoas ou até o ponto de saturação se for atingido antes.

Notas para a guião entrevista

- Os participantes não serão questionados a cada pergunta – as perguntas serão escolhidas de acordo com o contexto do participante, suas respostas, o tempo que tem disponível e seu nível de energia/capacidade.
- Tempo estimado da entrevista 30 - 45 minutos (incluindo formulário de consentimento)
- Sobre a cronologia e a temporalidade a considerar: podemos deixar as perguntas gerais e ser conduzido pelos entrevistados. Se falarem sobre o período mais recente da pandemia podemos acompanhar com “e foi diferente no início?”, “foi diferente noutras fases da pandemia?” Se falarem mais sobre a primeira fase, podemos seguir com “e como é agora?” ou “como foi depois dessa fase?”. Esta abordagem permitirá corresponder ao objectivo de cobrir os impactos sem colocar muita pressão sobre os entrevistados.

Data:

Local:

Número:

Sexo:

Idade:

**Pessoalmente/Teleconferência/Telefone
fim:**

Hora de início:

Hora de

Entrevistador(a):

(Após a assinatura do formulário de consentimento) Introdução do entrevistador

Bom dia/Boa tarde, o meu nome é Francisco Cunha. Gostaria de falar consigo sobre o impacto do COVID-19 na sua vida, no seu bem-estar e qualidade de vida, e também sobre a forma como a pandemia afectou a sua mobilidade no dia a dia, as suas deslocações, e o modo como frequenta o espaço à sua volta (espaços públicos, a rua, os serviços, etc.).

O objetivo da entrevista é compreender as suas experiências e percepções. Não existe uma resposta certa ou errada, esteja sempre à vontade para dizer o que quer. Se tiver alguma pergunta enquanto fazemos esta entrevista, por favor, sinta-se à vontade para perguntar.

Primeiro, 3 perguntas muito rápidas (respostas curtas):

Vive só ou acompanhado/a (marido/mulher, filhos, instituição, outros)?

Vive em casa (moradia) ou apartamento (pisso, elevador)?

A sua casa tem espaço verde privado ou está próxima de um espaço verde público?

Contexto

1. Fale-me um pouco da sua experiência na pandemia COVID-19 em geral. Qual é a primeira memória que tem da pandemia? Como recebeu a notícia, quem lhe deu?

Para esclarecer/expandir (perguntas 1 -5)

- Como se sentiu inicialmente? Com medo, sem medo? Do quê?
- Pode desenvolver um pouco?
- Pode dar-me alguns exemplos?
- Há mais alguma coisa sobre isso?

Impactos/padrões de mobilidade

2. **Durante a pandemia, como viveu e sentiu as medidas de confinamento e/ou outras medidas.... (pausa)** (o facto de ter de usar máscara..., ou distanciamento físico ... o encerramento de serviços públicos, de espaços de convívio ... a remoção de bancos ou de mesas na rua...),

em termos de:

- **capacidade para continuar com as suas atividades normais?**
- **Que actividades fora de casa continuou a fazer sem problema, por exemplo (dar alguns exemplos da lista a seguir)? E que actividades teve de reduzir ou deixar?**
-
- (Exemplos: ir trabalhar, cuidar dos outros, ver a família e amigos, aceder a bens e serviços, incluindo cuidados de saúde/bancaria, práticas religiosas, atividades desportivas, ir ao café, ir para a rua ou para o jardim conversar com pessoas ou sentar-se)?
- **capacidade para continuar a frequentar alguns locais fechados**, como centro de dia, centros de convívio, igrejas, instalações desportivas, eventos culturais, Universidade Sénior, ir ao café...
-
- **e frequentar locais abertos?** Parques, espaços verdes, praças, ir conviver com pessoas na rua, sentar-se nos bancos de jardim...

Perguntas adicionais

- a) Para **onde pode ir atualmente** (ou não)?
- b) Que **modos de transporte** usou/teve de parar de usar/teve demasiado medo de usar?
- c) **Recebeu algum tipo de ajuda** quando não se podia deslocar? Por exemplo, alguém lhe deu boleia em certas ocasiões? Ou deixou de ir?
- d) Recebeu outras ajudas, como ir alguém às compras por si, ou ir buscar medicamentos, ou outra coisa? Por parte de familiares, vizinhos, freguesia, Câmara, IPSSs, organizações locais ou nacionais)?
- e) (Se a pessoa diz que ele precisava da ajuda) O que **teria sido melhor** para si em termos de apoios?
- f) Em geral, sentiu que **as pessoas idosas foram de alguma forma discriminada** durante a pandemia? (Diferença de tratamento por ter mais de 65 anos – ou mais de 70 – dever especial de proteção = mais restrições) – (terão sentido junto dos familiares, nas lojas, nos serviços de saúde, ou até na imprensa ou na tv) (discriminação no trabalho, particularmente no caso das pessoas idosas 65-70). (Se sim) Sentiu isso no seu dia a dia?

Bem-estar

3. **Como se sentiu** durante o confinamento? Como é que estas mudanças **afetaram a sua qualidade de vida/bem-estar** – em termos de:

- **Saúde – mental... e física** – (exemplos se necessário: alterações no seu estado de saúde, **padrões de sono, ansiedade/depressão, medo de sair ou ser infetado**, capacidade mental/física, **comportamentos saudáveis** vs não saudáveis (tabagismo, álcool, sedentarismo/**atividade física**, dieta), acesso a cuidados de saúde e medicação)?

- tempo passado com a família, em reuniões familiares (baptizados, funerais, casamentos etc.),
- prestação informal de cuidados: recebeu menos cuidados, deu menos cuidados (no caso de a pessoa prestar cuidados informais a alguém)
- **socialização com amigos**, vizinhos (ou voluntariado comunitário, outras redes)
- **exposição às notícias negativas (tv, rádio, redes sociais...)**

4. (As vezes) **sentiu solidão/sozinho durante a pandemia?** (mais/menos/o mesmo nível)

Perguntas adicionais

- a) Conseguiu encontrar **outras formas de socializar/ficar ativo** – online/telefone, espaços públicos socialmente distanciados?
- b) Estava mais **preocupado com a sua situação financeira** devido ao COVID? (será que até melhorou? Diminuição de gastos?)
- c) Se a pessoa sentiu sozinho - Teve algum apoio (por parte de familiares, amigos ou instituições) para combater essa solidão? Foi suficiente?

5. Mitigação dos efeitos

(Durante a pandemia) Como diria que **lidou com as dificuldades durante** a pandemia e o que o/a **ajudou a superar** este período? (por exemplo – disposto mental positivo, evitar **às notícias**, falando com profissionais médicos ou família, **adaptação** às restrições)

Perguntas adicionais

- a. Havia/houve **alguma coisa específica** que tenha sido mais difícil ou mais fácil?
- b. (Se a pessoa diz que ele precisava da ajuda) O que **teria ajudado mais**?
- c. Viu ou ouviu falar **de outras medidas que ajudaram** as pessoas noutros locais (outras freguesias, outras cidades, outras regiões)?
- d. Teve a **informação que precisou** para **tomar decisões sobre o seu dia a dia**? (Deslocar-se ou não se deslocar, por exemplo)
- e. (Se a pessoa diz que ele precisava da ajuda) ...Conseguiu **aceder aos recursos como** ajuda com compras, medicamentos, apoio com solidão, apoio financeiro?

6. (No período mais recente) A vida diária **voltou ao normal** para si, ou **ainda está a sentir efeitos** negativos da pandemia? (por exemplo, saúde, bem-estar, nível de isolamento, finanças...?)

- a. O que **tornaria esta situação melhor** para si? (ver exemplos – **melhor acesso aos serviços de saúde que foram encerrados devido ao Covid, mais informação sobre as medidas por exemplo quando elas foram mudadas?**)
- b. Tem alguma **sugestão para outras medidas** – local ou nacional? ... Em termos por exemplo em termos de apoio, **restrições, informação**

Concluindo a entrevista

7. Há **mais alguma coisa** que gostaria de partilhar/dizer/adicionar hoje?

Obrigado pelo seu tempo hoje. Se tiver alguma dúvida após a entrevista, sinta-se à vontade para contactar a universidade (os detalhes estão no formulário de consentimento)