

As perspetivas dos idosos sobre a COVID-19 e os impactos que esta doença provocou nos seus quotidianos

Beatriz Abrantes Carvalho

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais
(2^o ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto

outubro de 2021

Folha em branco

Agradecimentos

A realização de uma investigação desta natureza requer estudo, empenho e dedicação, aspetos que acompanharam este trabalho desde o início com o fim de realizar este estudo da melhor forma possível. No entanto, a concretização da minha dissertação não seria possível sem o apoio de uma série de pessoas, como tal deixo aqui o meu agradecimento a quem, direta ou indiretamente, contribuiu para a realização da mesma.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, que desde o início do meu percurso académico foi uma inspiração enquanto socióloga e mulher, por todos os conhecimentos e experiências que partilhou comigo, pela disponibilidade e apoio constantes, mas também pela exigência e pelo incentivo, que forem fundamentais para prosseguir o estudo de forma consistente.

Agradeço também a todos os professores, não apenas do mestrado, mas de todo o meu percurso académico ao longo destes cinco anos, que contribuíram para o alargamento dos meus conhecimentos e da minha formação, que além de me ensinarem o que é ser socióloga, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal.

O meu profundo agradecimento à Santa Casa da Misericórdia de Manteigas pela abertura e disponibilidade, uma vez que, mesmo em tempo de pandemia, desde o contacto inicial a instituição autorizou e apoiou a realização da presente dissertação, possibilitando o contacto com todos os entrevistados, e disponibilizando-se a ajudar e a esclarecer qualquer questão que surgisse ao longo do trabalho empírico. E aos idosos que participaram no estudo, não só pela disponibilidade, mas também por terem sido tão amáveis e acolhedores, por terem depositado em mim a confiança para partilhar diferentes experiências de vida, o seu contributo foi essencial para a realização desta investigação.

Agradeço aos meus amigos, principalmente aqueles com quem compartilhei inúmeros sentimentos durante esta desafiadora etapa da minha vida académica e pessoal, obrigada pela força e motivação, por toda a ajuda e apoio, e por permanecerem sempre ao meu lado ao longo deste percurso, vocês fizeram toda a diferença para continuar.

À minha família e ao meu namorado que sempre estiveram comigo, obrigada por todo o apoio, carinho, paciência, pela força transmitida nos momentos de maior fraqueza, por em nenhum momento me deixarem desistir e por acreditarem sempre que eu seria capaz de chegar até aqui. Com o maior e mais especial agradecimento ao meu pai e à minha

mãe, por todos os esforços que tornaram possível a minha formação a nível académico e pessoal, pelo apoio incondicional e pela compreensão em todos os momentos. Obrigada por tudo!

A todos e todas que de uma forma ou de outra me ajudaram na realização da minha dissertação, um enorme obrigada!

Folha em branco

Resumo

Tem-se assistido ao aumento acentuado da população idosa por toda a Europa e Portugal não é exceção. Os idosos estão sujeitos a uma diversidade de riscos devido à exclusão da rede produtiva e a situações de pobreza; a perdas e ruturas das redes sociais, que conduzem ao isolamento, à doença crónica, à invalidez, à dependência, à incapacidade física e mental, as quais se traduzem na necessidade de cuidados. A estes riscos soma-se a COVID-19 e a pandemia dela decorrente. Apesar do coronavírus afetar todos os segmentos da população, é no grupo dos mais velhos que após contração da COVID-19 se verificam quadros clínicos mais graves, maiores taxas de hospitalização e maiores taxas de mortalidade, quando comparados ao resto da população, o que levou a que os idosos fossem classificados como “*grupos de risco*”. No entanto, risco, saúde e doença são construções sociais e como tal possuem uma componente social, cultural e subjetiva. Tal facto quer dizer que a maneira como o conhecimento biomédico e o conhecimento leigo constroem os riscos, a COVID-19 e a pandemia diferem entre si, consequentemente os significados que os leigos, como é o caso de grupo dos idosos, dão a esta doença e à pandemia é diferente do significado que o complexo biomédico lhe atribui. Ora se esses significados diferem entre si também as perceções dos riscos, os posicionamentos face aos riscos e os comportamentos que são tomados em relação à doença serão diferentes. É neste sentido que se torna importante olhar além da definição biomédica da pandemia COVID-19 e estudar a pandemia como um fenómeno social e olhando para as construções sociais em torno desta doença, como tal a presente investigação visa analisar as perceções dos idosos em relação à COVID-19 e aos impactos sociais que esta nova doença teve nas suas vidas quotidianas e na sua autoimagem.

Procedeu-se a uma revisão de literatura com particular enfoque na análise sociológica dos seguintes temas: envelhecimento demográfico e os aspetos que levam à desigualdade e exclusão social da população com mais de 65 anos; a pandemia COVID-19 os seus contornos, medidas e impactos sociais na população idosa; e risco nas sociedades contemporâneas, a forma como este se relaciona com o conhecimento biomédico e o conhecimento leigo e de que modo estes se relacionam e influenciam as visões de saúde, doença e os comportamentos de risco. Uma vez que se pretendeu analisar a forma como os idosos constroem a COVID-19, e os seus pontos de vista quanto ao impacto desta doença sobre si mesmos e na vida quotidiano, dando voz e analisando as suas perspetivas enquanto indivíduos ativos na construção da realidade através da atribuição de significados ao social adotou-se um enfoque metodológico de âmbito qualitativo, tendo

sido realizadas 18 entrevistas semiestruturadas individuais e uma de casal a 10 idosos/as institucionalizados/as e 10 idosos/as nas suas residências.

No que diz respeito aos principais resultados obtidos com a investigação, destacamos: a forma como os indivíduos constroem a COVID-19 e os significados que lhe atribuem surgem da interação entre as influências dos especialistas, as influências sociais e culturais, as suas observações e experiências pessoais e coletivas, a reflexividade dos indivíduos através da sua própria interpretação e da gestão da informação, assim como da inter-relação de diferentes formas de conhecimento e de saber interrelacionados, como o natural, o mágico-religioso, o sociopolítico, entre outras formas de conhecimento; a construção que os idosos fazem da COVID-19 influencia as perceções que estes têm do risco, a forma como estes se posicionam face ao risco, a adesão (ou não) às medidas de proteção e a adoção (ou não) de comportamentos de risco, no entanto, esse não é o único fator estes aspetos depende também das experiências de cada um, da análise que os indivíduos fazem do contexto em que se encontram e das crenças mágico-religiosas e ideologias políticas de cada um; os idosos entrevistados desenham o risco como algo *continnum* e universal; e os estilos de vida que os idosos levam poderão ampliar ou minimizar os impactos provocados pela COVID-19, nesta investigação verificou-se que as, tipicamente criticadas, características das instituições totais contribuíram para a manutenção de uma certa segurança face à incerteza vivida no “mundo lá fora”, assolado por uma crise pandémica geradora de perturbações sociais e pessoais.

Palavras-chave

Envelhecimento;idoso;COVID-19;risco;grupo de risco;conhecimento leigo; conhecimento biomédico;construção social

Folha em branco

Abstract

There has been a sharp increase in the elderly population throughout Europe and Portugal is no exception. The old people are subject to a variety of risks due to exclusion from the productive network and situations of poverty; to the loss and disruptions in social networks, leading to isolation, chronic illness, disability, dependence, physical and mental disability, which translate into the need for care. Added to these risks is COVID-19 and the resulting pandemic. Although coronavirus affects all segments of the population, it is in the older group that after contracting COVID-19 there are more severe clinical conditions, higher hospitalization rates and higher mortality rates, compared to the rest of the population, which has led to the elderly being classified as “risk group”. However, risk, health and disease are social constructions and as such have a social, cultural and subjective component. This fact means that the way biomedical knowledge and lay knowledge construct the risks, the COVID-19 and the pandemic differ from each other, consequently the meanings that lay people, as is the case of the elderly group, give to this disease and to the pandemic is different from the meaning that the biomedical complex attributes to it. Now, if these meanings differ among themselves, so will the perceptions of risks, the taken in the face of risk and the behaviors that are taken in relation to the disease. It is in this sense that it becomes important to look beyond the biomedical definition of the pandemic COVID-19 and study a pandemic as a social phenomenon and looking at the social constructions around this disease, such as the present research aims to analyze the perceptions of the elderly in relation to COVID-19 and the social impacts that this new disease had on their daily lives and self-image.

A literature review was conducted with particular focus on the sociological analysis of the following topics: demographic aging and the aspects that lead to inequality and social exclusion of the population over 65; the COVID-19 pandemic, its contours, measures, and social impacts on the elderly population; and risk in contemporary societies, how it relates to biomedical knowledge and lay knowledge, and how these relate to and influence different points of view about health, disease and risk behaviors. Since we intended to analyze how the elderly construct COVID-19 and their views on the impact of this disease on themselves and their daily lives, giving voice and analyzing their perspectives as active individuals in the construction of reality through the attribution of meanings to the social, we adopted a methodological approach of qualitative scope, having carried out 18 individual semi-structured interviews and one couple interview.

The sample consisted of 10 institutionalized elderly people and 10 elderly individuals in their homes.

Regarding the main results obtained from the research, we highlight: the way individuals construct COVID-19 and the meanings they attach to it arise from the interaction between experts' influences, social and cultural influences, their personal and collective observations and experiences, individuals' reflexivity through their own interpretation and management of information, as well as from the interrelationship of different interrelated forms of knowledge and knowing, such as the natural, the magical-religious, the sociopolitical, among other forms of knowledge; the construction that older people make of COVID-19 influences their perceptions of risk, the way they position themselves in the face of risk, the adherence (or not) to protective measures and the adoption (or not) of risk behaviors, however, this is not the only factor, these aspects also depend on the experiences of each one, the analysis that individuals make of the context in which they find themselves, and the magical-religious beliefs and political positions of each one; the elderly interviewed draw risk as something *continuum* and universal; and the lifestyles that the elderly lead may amplify or minimize the impacts caused by COVID-19, and was found in this research that the typically criticized characteristics of total institutions contribute to the maintenance of a certain security in face of the uncertainty experienced in the "outside world", devastated by a pandemic crisis that generated social and personal unrest.

Keywords

Aging;elderly;COVID-19;risk;risk group;lay knowledge;biomedical knowledge; social construction

Folha em branco

Índice

Introdução	1
Parte I: Enquadramento teórico	4
Capítulo 1: Envelhecimento	4
1.1. Envelhecimento demográfico	4
1.2. Quem são os indivíduos com 65 e mais anos?	6
1.2.1. Estereótipos e “idadismo”	6
1.2.2. Pobreza, privação e exclusão social	7
1.2.3. Saúde e doença nos idosos	9
1.2.4. Isolamento Físico e Social e Institucionalização	10
Capítulo 2: COVID-19, contornos de uma pandemia	15
2.1. Medidas sociais de combate à pandemia	18
2.1.1. Medidas de Contingência em Portugal	20
2.2. Impactos sociais da COVID-19 nos idosos	22
Capítulo 3: Risco e sociedade	30
3.1. Perspetivas teóricas sobre o risco	31
3.1.1 Construtivismo social	37
3.2. Risco, saúde e doença	38
3.2.1. Risco e conhecimento biomédico	39
3.2.2. Risco e conhecimento leigo	43
3.2.3. Como se relacionam os conhecimentos biomédicos e os conhecimentos leigos?	47
3.3. Quem define os riscos e os grupos “de risco”?	48
3.4. Participação pública: uma forma de valorizar o conhecimento leigo..	54
Parte II: Investigação empírica - da metodologia à análise dos dados	57
Capítulo 1: Do desenho da pesquisa à recolha dos dados empíricos	57
1.1. Questões, objetivos de investigação e seleção dos participantes. 57	
1.2. Modelo de análise	59
1.2.1. Explicação do modelo de análise	59
1.3. Opções metodológicas	60
1.3.1. Técnicas de recolha de dados	61
1.3.2. Questões éticas	66
1.4. Descrição do contexto da pesquisa	67

1.4.1. Caracterização dos/as entrevistados/as	68
1.4.2. Caracterização da saúde dos entrevistados	71
Capítulo 2: Análise e interpretação dos dados	73
2.1. Representações sociais da COVID-19 nos media	73
2.2. A COVID-19 pelo olhar dos idosos	78
2.2.1. Explicações para COVID-19 e sua transmissão	78
2.2.2. Os perigos desta nova doença pelo olhar dos mais velhos	86
2.2.3. Posicionamentos face ao risco e ao “grupo de risco”	88
2.2.4. Medidas preventivas e comportamentos de risco	97
2.2.5. A vacinação como medida preventiva	103
2.3. Impactos da COVID-19 na vida dos idosos	107
2.3.1. A perspetiva do idoso acerca das alterações provocadas pela COVID-19 no seu quotidiano	107
2.3.2. A experiência subjetiva de ser idoso e ter COVID-19	117
2.3.3. Serão os impactos da COVID-19 sentidos de igual forma por todos os idosos?	121
Considerações Finais	125
Bibliografia	132
Legislação consultada	146
Outras fontes	147
Anexos	149
Anexo I – Guião da entrevista idosos em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI)	149
Anexo II – Guião da entrevista idosos em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	151
Anexo III – Ficha de caracterização das entrevistas.....	153
Anexo IV – Pedido de autorização para a realização da investigação de Mestrado ..	154
Anexo V – Declaração de consentimento informado: Idosos institucionalizados	155
Anexo VI – Declaração de consentimento informado: Idosos Serviço de Apoio Domiciliário.....	157
Anexo VII – Sinopse das entrevistas.....	159

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de análise.....	59
-----------------------------------------	----

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1: Variáveis de caracterização sociodemográficas dos entrevistados	71
Tabela 2: Caracterização da saúde dos entrevistados	72

Folha em branco

Lista de Acrónimos

DGS	Direção-Geral da Saúde
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAD	Serviços de Apoio Domiciliário
SCMM	Santa Casa da Misericórdia de Manteigas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCCI-LDM	Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção
UNFPA	United Nations Population Fund for Population Activities

Folha em branco

Introdução

Nas últimas décadas tem se assistido ao aumento acentuado da população idosa por toda a Europa. Portugal não é exceção, sendo um dos países da Europa que apresenta uma maior percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, cerca de 22% da população total do país (INE, 2019), e conseqüentemente um dos países onde a população idosa tem maior peso (Lopes & Lemos, 2012; Luz, 2014b). O grupo dos idosos é um grupo heterógeno, no entanto, no geral, a velhice está associada à exclusão da rede produtiva e a situações de pobreza; a perdas e ruturas das redes sociais, que conduzem ao isolamento, à doença crónica, à invalidez, à dependência, à incapacidade física e mental, as quais se traduzem na necessidade de cuidados. Aspetos esses que aliados ao “idadismo” colocam o grupo dos indivíduos com 65 numa posição de exposição a uma variedade de riscos, contribuindo para a sua vulnerabilidade à exclusão social.

O grupo dos idosos está, assim, sujeito a diversos riscos no seu quotidiano, aos quais atualmente se soma a pandemia COVID-19, e os impactos provocados pelas medidas de contingência que esta tem associados. A COVID-19 consiste numa síndrome respiratória aguda altamente infecciosa que é causada pelo novo coronavírus humano (SARS-CoV-2). Esta doença atravessou fronteiras internacionais e espalhou-se por mais de 190 países, incluindo Portugal, o que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar uma pandemia global (Bavel et al, 2020; Jones, 2020; UNFPA, 2020). Apesar do coronavírus afetar todos os segmentos da população, é no grupo dos mais velhos que após contração da COVID-19 se verificam os quadros clínicos mais grave, maiores taxas de hospitalização e maiores taxas de mortalidade, quando comparados ao resto da população (Lloyd-Sherlock et al, 2020; UNFPA, 2020; United Nations, 2020a). Tal facto levou a Direção-Geral da Saúde (DGS) a declarar os idosos como parte dos chamados “grupos de risco” (Magalhães et al, 2020).

No entanto, risco, saúde e doença são também construções sociais, as quais refletem a visão do mundo e a organização de uma dada sociedade. Como tal, possuem uma componente social, cultural e subjetiva, variando de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de contexto histórico para contexto histórico, podendo ainda, no âmbito de uma sociedade, variar em função de vários fatores sociais. Desta forma, a maneira como o conhecimento biomédico e o conhecimento leigo constroem os riscos, a COVID-19 e a pandemia diferem entre si. Isto significa que a visão biomédica da COVID-19 é diferente da visão do senso comum acerca deste fenómeno, ou seja, os significados que os leigos, como é o caso de grupo dos idosos, dão a esta doença e à pandemia é diferente do

significado que o complexo biomédico lhe atribui. Ora se esses significados diferem entre si, também as percepções dos riscos, os posicionamentos face aos riscos, e os comportamentos que são tomados em relação à doença poderão ser diferentes.

Deste modo, e tendo em conta todos os aspetos mencionados anteriormente, torna-se importante, e necessário, que sejam desenvolvidas pesquisas que olhem além da definição biomédica da pandemia COVID-19, analisando a pandemia como um fenómeno social e olhando para as construções sociais em torno desta doença, e que procurem identificar os impactos sociais sentidos pelos indivíduos (no presente caso, os idosos), contribuindo não só para o conhecimento científico, mas também para o auxílio na criação e implementação de medidas que tenham não só como objetivo diminuir os contágios, mas que simultaneamente sejam inclusivas, protegendo os grupos vulneráveis, procurando minimizar os impactos negativos da pandemia. E é neste contexto que surge o estudo da presente dissertação de mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, que tem como tema “As perspetivas dos idosos sobre a COVID-19 e os impactos que esta doença provocou nos seus quotidianos”.

Tendo tudo isto em conta e numa fase inicial, decorrente da reflexão em torno do objeto de estudo e de leituras preliminares, surgiram alguns dos questionamentos da investigação, nomeadamente: O que é para os idosos uma pandemia? O que é para eles a COVID-19? Como é que a pandemia COVID-19 alterou a vida dos idosos? Quais foram as mudanças que mais sentiram na vida quotidiana, devido ao COVID-19? Como é que experimentam e se sentem em relação à situação em que vivemos? Quais são as medidas que os idosos adotam para combater a COVID-19, e porquê? De que modos diferem das medidas recomendadas pelos profissionais de saúde? Quais são para os idosos os riscos associados à pandemia? O que é para o idoso pertencer ao “grupo de risco”? Será que isso afeta a sua autoimagem? E o relacionamento com os outros? Será que os impactos sentidos pelos idosos institucionalizados são diferentes dos impactos sentidos pelos idosos que vivem nas suas próprias casas? Em suma: Quais as percepções dos idosos em relação à COVID-19 e quais os impactos sociais que esta nova doença teve nas suas vidas quotidianas e na sua autoimagem?

Tendo estes questionamentos em conta, delineámos os seguintes objetivos de investigação: como objetivo geral, analisar as percepções dos idosos em relação à COVID-19 e aos impactos sociais que esta nova doença teve nas suas vidas quotidianas e na sua autoimagem; e como objetivos específicos pretendemos analisar a forma como os idosos constroem o COVID-19 e em que medida essa construção molda a sua percepção do risco; perceber se a percepção dos idosos quanto aos riscos e ao medo foram alterados durante

os meses de confinamento; compreender de que forma o rótulo “grupo de risco” influenciou a autoimagem dos idosos; perceber o impacto da pandemia COVID-19 percebido pelos idosos e de que forma as suas vidas foram alteradas; comparar os impactos sentidos pelos idosos institucionalizados e pelos idosos não institucionalizados; e compreender de que forma o COVID-19 agravou as desigualdades sociais, a vulnerabilidade e a exclusão social neste grupo.

A dissertação encontra-se organizada em duas grandes partes, a primeira é constituída pelo enquadramento teórico, onde é feita a revisão da literatura. Esta parte conta com três capítulos. No primeiro, faz-se um enquadramento sobre o envelhecimento demográfico, as suas causas e consequências; a isto soma-se uma caracterização da população idosa, de modo a compreender as formas de desigualdade e discriminação a que este grupo está sujeito e que levam à sua vulnerabilidade e exclusão social. No segundo capítulo, abordamos a COVID-19 e os contornos da pandemia dela decorrente, as medidas de combate à pandemia, focando o caso português, e ainda os impactos sociais que a COVID-19 teve junto da população mais velha. No último capítulo do enquadramento teórico introduz-se a temática do risco do ponto de vista sociológico, analisando a evolução do conceito de “risco” ao longo da história, e as perspetivas sociológicas acerca deste conceito, nomeadamente as correntes teóricas que seguem, com maior ou menor intensidade, o construtivismo social, como é o caso da perspetiva “cultural-simbólica”, a teoria da sociedade de risco, a perspetiva da “governamentalidade”. Após esta introdução ao risco, procede-se à análise de como o risco é abordado no campo da saúde e da doença, a forma como ele se relaciona com o conhecimento biomédico e com o conhecimento leigo, discutindo-se como estes dois conhecimentos se interrelacionam, qual deles tem o poder de definir o que é considerado risco e quem faz parte dos “grupos de risco”, abordando ainda o papel da participação pública para a valorização do conhecimento leigo no campo da saúde. Já a segunda parte da dissertação diz respeito à investigação empírica, e encontra-se dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo, é feito o desenho da pesquisa desde a recolha de dados até à análise das entrevistas, justificando todo o protocolo metodológico adotado, sendo ainda feita a contextualização da pesquisa e a caracterização dos participantes no estudo. E no segundo, procedemos à análise das entrevistas semiestruturadas. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

Parte I: Enquadramento teórico

Capítulo 1: Envelhecimento

1.1. Envelhecimento demográfico

Nas últimas décadas tem se assistido a um aumento acentuado da população idosa por toda a Europa, e Portugal não é exceção. Com a esperança média de vida total a rondar os 81 anos, sendo esta 78 anos para o sexo masculino e 84 anos para o sexo feminino (PORDATA, 2020), Portugal é um dos países da Europa que apresenta uma maior percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, cerca de 22% da população total do país (INE, 2019), tornando este um dos países onde a população idosa tem maior peso (Lopes & Lemos, 2012; Luz, 2014b).

Se analisarmos o território português, apercebemos-mos que o envelhecimento demográfico não é homogéneo (Lopes & Lemos, 2012). Verifica-se um maior envelhecimento demográfico do interior do país, quando equiparado ao litoral e às grandes metrópoles. Isto acontece porque é nos territórios mais interiores do país que há menores taxas de fecundidade e de natalidade, o índice de jovens é menor e o de idosos é maior, em boa parte como resultado do êxodo rural, uma vez que a procura das grandes cidades na expectativa de melhores condições de vida leva à saída dos jovens e dos indivíduos em idade ativa para essas zonas, claramente mais atrativas, deixando no interior os indivíduos mais velhos (Dias & Rodrigues, 2012).

Contudo, de um modo geral, segundo os dados do INE (2019) em todas as regiões do país se tem assistido à intensificação do envelhecimento (Dias & Rodrigues, 2012) fazendo com que todas as zonas caminhem “(...) a ritmos embora diferentes no mesmo sentido (...)” (Rosa, 1993; p. 680), que é o do duplo envelhecimento da estrutura etária da população.

Esse duplo envelhecimento da estrutura etária da população é essencialmente explicado por três fatores: a diminuição da fecundidade; a diminuição da mortalidade e o conseqüente aumento da esperança média de vida (Rosa, 1993); aos quais se junta a emigração causada pela instabilidade do contexto económico português (Dias & Rodrigues, 2012). Todos estes aspetos levam, simultaneamente, a um envelhecimento da “base” (baixas percentagens de indivíduos com menos de 15 anos) e do “topo” (altas percentagens de indivíduos com 65 e mais anos).

O envelhecimento da “base” é explicado pela diminuição da fecundidade provocada pelas mudanças sociais e culturais que procuram um conjunto de medidas de igualdade entre

mulheres e homens, reforçando o papel da mulher no mercado de trabalho, e permitindo a sua emancipação nos processos decisórios sobre a fecundidade, para os quais contribui a generalização e inclusão dos métodos contraceptivos e do planeamento familiar no sistema público de saúde. Além disso, o processo emigratório português que se concentrou em grupos etários mais jovens, levou não só a diminuição da população jovem no país, mas também à perda do “(...) *potencial natalista dessa população (...)*” (Dias & Rodrigues, 2012; p.182).

Já o envelhecimento do “topo”, deve-se não só à diminuição da mortalidade na infância e na adolescência, mas em todas as faixas etárias em geral, aumentando a probabilidade de viver mais tempo (longevidade) (Fernandes, 2001). Segundo Capucha (2014), esse aumento da esperança média de vida deve-se às mudanças económicas políticas e sociais, que resultam “(...) *da melhoria generalizada dos sistemas de saneamento básico, de acesso a água potável, das condições de higiene e segurança no trabalho, dos progressos da ciência e da medicina postos à disposição de todos pelo sistema público de saúde, do crescimento dos rendimentos do trabalho, dos sistemas de pensões, dos equipamentos sociais e das medidas de combate à pobreza, que permitem às pessoas aceder a padrões de consumo e à satisfação de necessidades básicas, como alimentação, vestuário, conforto na habitação e cuidados de saúde (...)*” (Capucha, 2014; p.117). Contudo, esse aumento da esperança média de vida contribuiu também para um aumento do número de idosos, que se traduz num aumento do índice de envelhecimento. Na verdade, o problema não se coloca ao nível do aumento da esperança média de vida e do consequente número de idosos, mas sim ao nível da reposição de gerações, o que conduz a que em 2019 o número de idosos fosse superior ao número de jovens, cerca de 163,2 idosos por cada 100 jovens (INE, 2020).

Posto isto, imaginemos a distribuição etária da sociedade como uma pirâmide, em que na base se encontram as crianças e jovens até aos 14 anos, no meio a população ativa, e no topo os idosos com 65 ou mais anos. O duplo envelhecimento que descrevemos atrás irá levar ao estreitamento da base e ao alargamento do topo, conduzindo assim a uma pirâmide invertida. Tal facto leva a um processo estrutural de desequilíbrio intergeracional (Fernandes, 2001). Esse desequilíbrio tem consequências sociais e económicas. A nível económico há um aumento da pressão financeira associada quer ao sistema de pensões quer ao sistema de saúde. Isto porque o aumento da população idosa pressupõe um aumento da população inativa e de pensionistas, havendo um aumento das despesas com a segurança social, e simultaneamente um aumento das despesas médicas, uma vez que com uma maior longevidade há uma maior necessidade de cuidados de saúde específicos para idosos. Assim, estas duas esferas saúde e segurança

social, entram em crise de financiamento (Barreto, 2005). Já ao nível social, as consequências mais visíveis ocorrem ao nível da exclusão social, da solidão e da pobreza (Rebello & Penalva, 2004).

1.2. Quem são os indivíduos com 65 e mais anos?

Como temos visto até agora, o envelhecimento demográfico agrupa as pessoas tendo em conta a sua idade, no grupo “65 e mais anos”. No entanto, isso poderá ter efeitos negativos, levando ao aumento da exclusão social. Isto porque o envelhecimento demográfico não reconhece a utilidade destes indivíduos, o que irá contribuir para um aumento daqueles que são discriminados com base num critério tão redutor como a idade (Rosa, 1993), tornando-os vítimas de “idadismo”¹.

1.2.1. Estereótipos e “idadismo”

O envelhecimento, a velhice e o ser velho (ou idoso) tiveram vários significados ao longo dos séculos, dependendo do contexto temporal e cultural onde os indivíduos se encontram (Rodrigues & Soares, 2006). Para algumas sociedades, nomeadamente nas sociedades simples, os mais velhos são valorizados, sendo comum os idosos ocuparem uma posição de relevo familiar e social, representando a transmissão oral das tradições, das experiências e dos conhecimentos essenciais para a sobrevivência da comunidade (Capucha, 2014). Porém, com a revolução industrial isso altera-se, uma vez que surge uma sociedade que valoriza a força de trabalho, e com o envelhecimento os indivíduos perdem as suas capacidades físicas o que, conseqüentemente, leva à diminuição da produtividade e à incapacidade de trabalhar. Também a globalização e a revolução tecnológica caracterizadas pela instantaneidade e pela descartabilidade vieram contribuir para o culto da juventude e da força física, em detrimento da velhice, da improdutividade e decadência (Rodrigues & Soares, 2006).

Tal facto contribuiu para que atualmente o ser velho tenha a si associado representações negativas, relacionadas à exclusão da rede produtiva e a situações de pobreza; a perdas e ruturas das redes sociais, que conduzem ao isolamento; à doença crónica, à invalidez, à dependência, à incapacidade física e mental, as quais se traduzem na necessidade de cuidados (Rodrigues & Soares, 2006) e na exclusão dos idosos da participação na sociedade e das tomadas de decisão acerca do seu grupo, transformando-os em “*crianças adultas*” (Ribeiro, 2012).

¹ “Idadismo” (Ribeiro, 2012; p.234) discriminação com base na idade, através da qual são negadas oportunidades e recursos tendo como base o critério etário fazendo com que o grupo dos idosos seja visto de forma negativa e estereotipada.

Desta forma, há uma desqualificação e uma infantilização do idoso, que conduz à estigmatização e à responsabilização individual. Por um lado, leva à estigmatização porque constrói a velhice como um estigma, ao ter associados valores e aspetos negativos que influenciam as atitudes discriminatórias em relação a este grupo. E por outro, leva à responsabilização individual, porque essas representações “uniformizam” o processo de envelhecimento tornando-o individual, quando na realidade cada velhice tem as suas características próprias resultantes da história de vida de cada indivíduo, das possíveis doenças e do contexto social (Rodrigues & Soares, 2006).

Mas, não podemos esquecer que, segundo Mauritti (2004, p.340), mesmo dentro de uma só sociedade e de um só contexto cultural é ainda possível existir simultaneamente uma visão negativa da velhice, associada às “(...) situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência”, e uma visão positiva, que associa esta fase da vida ao “(...) tempo de lazer, de liberdade e de auto-aperfeiçoamento (...)”. No entanto, a imagem negativa prevalece sobre a imagem positiva da velhice.

As imagens negativas da velhice, além de influenciarem o modo como os outros veem e tratam os idosos, influenciam também o próprio envelhecimento, a forma como os próprios idosos se veem e a forma como se relacionam com os outros. Isto porque depois de interiorizadas “(...) aumentam a insatisfação com a vida, reduzem a autoestima; promovem a inatividade física, psicológica e social; e limitam oportunidades (...)”. Além disso, os discursos negativos repletos de estereótipos sobre a velhice contribuem ainda para acentuar as situações de “(...) pobreza, isolamento social, doença, dependência e outras vulnerabilidades (...)”, como a exclusão social, a que este grupo está sujeito (Luz, 2014b; p.390).

1.2.2. Pobreza, privação e exclusão social

A pobreza diz sobretudo respeito a falta de recursos financeiros que leva à incapacidade de satisfazer as necessidades materiais e sociais, ela é uma situação de privação e leva à exclusão social (Santana, 2002). A taxas mais elevadas de pobreza dizem respeito aos agregados formados por idosos que vivem sós, seguidos dos agregados com idosos na sua constituição, além de que à medida que se avança nas idades, há um agravamento desta situação (Carneiro et al, 2013).

O grupo dos 65 e mais anos é assim um dos segmentos da população mais vulnerável à pobreza e à exclusão social, quer devido ao facto de, como vimos anteriormente, serem um grupo marginalizado, quer porque no geral apresentam rendimentos abaixo da linha da pobreza. Tal facto faz com que a pobreza seja uma das características da população idosa em Portugal (Rebelo & Penalva, 2004).

Uma das formas que os indivíduos têm para adquirir recursos é através do trabalho remunerado e do emprego. Mas para os idosos torna-se difícil permanecer ativo, pois a oferta de empregos é pouca, e quando desempregados têm dificuldade em retomarem o mercado de trabalho devido à discriminação pela idade, por possuírem baixos níveis de escolarização e qualificações profissionais insuficientes ou desvalorizadas pelo mercado de trabalho (Lopes & Gonçalves, 2012). Mas apesar da dificuldade em permanecer no mercado de trabalho, tem-se assistido a um aumento dos idosos que mantêm uma atividade económica informal ou por conta própria, como por exemplo na agricultura, sendo esta uma forma de complementar os seus baixos rendimentos (Carneiro, 2012).

Além disso, as gerações mais idosas apresentam baixos níveis de habilitações escolares, e à medida que se avança na idade a tendência é para que esse grau diminua ainda mais (Mauritti, 2004), há muitos indivíduos que não detêm qualquer grau de instrução, sendo muito poucos aqueles que concluíram o nível secundário, e ainda menos os que frequentaram o ensino universitário. Se a isto juntarmos o facto de as habilitações escolares influenciarem a distribuição de recursos, poderes e oportunidades, em suma, a posição do indivíduo na sociedade, podemos concluir que: primeiro que na sua larga maioria este grupo etário se encontra numa posição de precaridade e desfavorecimento, quando equiparada aos restantes grupos; segundo que aqui se encontram situações de pobreza estrutural que terão antecipado a velhice, mas também novas situações de pobreza; e terceiro que apesar de em muito menor número, existem também indivíduos idosos de classes sociais mais favorecidas, o que significa que existe uma desigualdade na distribuição do rendimento e dos recursos que traduz a desigualdade estrutural da distribuição dos rendimentos da sociedade em geral (Lopes, 2012; Mauritti, 2004).

Mas, o risco de pobreza não é apenas causado pela baixa qualificação que se traduz em trabalhos pouco remunerados e no desemprego, ele é ainda agravado por outro fator, nomeadamente a saída do mundo do trabalho e a entrada na reforma e na inatividade. Isto dado que os valores das pensões ou reformas são muito inferiores aos valores dos rendimentos da população ativa, nomeadamente aquela que está empregada (Carneiro, 2012). Como tal, ser reformado torna-se sinónimo de fracos recursos económicos, o que deixa os indivíduos vulneráveis a situações de pobreza (Carneiro et al, 2013).

Porém, quer os idosos que se encontram abaixo da linha monetária de pobreza, quer aqueles que se encontram acima desse limiar, apresentam dimensões de carência, quer a nível das necessidades básicas, como a alimentação, o vestuário e a habitação, quer a nível económico e de cuidados de saúde, mais elevados do que o resto da população mais jovem, o que se traduz numa desigualdade. Tal facto coloca este grupo em situações de

privação e de exclusão social, o que se traduz na impossibilidade de obter bens, equipamentos e oportunidades necessários para participar na comunidade em que se está inserido e para atingir um nível mínimo de bem-estar comumente aceite, pondo em causa a integridade física dos indivíduos e a sua qualidade de vida (Carneiro et al, 2013; Cardoso & Costa, 2016; Lopes, 2008;2012).

1.2.3. Saúde e doença nos idosos

As situações de pobreza, privação, exclusão social do grupo etário 65 e mais anos refletem-se na saúde dos indivíduos que a ele pertencem. Este é o segmento da população que mais recorre aos serviços de saúde, precisando de maior acompanhamento e apresentando condições clínicas mais complexas (Guerra & Sousa, 2014). Os idosos têm uma maior morbidade de determinadas doenças físicas, como por exemplo tensão arterial elevada, doenças reumáticas, diabetes, depressão, entre outras, apresentando altas taxas de dependência e necessidades de apoio de saúde e sociais resultantes do declínio das suas capacidades físicas e mentais (Carneiro et al, 2013). Tal facto traduz-se em problemas de longa duração, marcados por doenças crónicas, e que “(...) *requerem pessoal qualificado, equipas multidisciplinares, acompanhamento em permanência, equipamentos próprios e exames complementares*” (Rebelo & Penalva, 2004; p.15).

Porém, não podemos deixar de salientar que existe uma diversidade de idosos e como tal também há idosos totalmente independentes que contrariam os estereótipos que geralmente lhe estão associados (Carneiro et al, 2013). Assim, tal como afirmam Rebelo & Penalva (2004) nem todos envelhecem da mesma forma nem ao mesmo ritmo, e como tal é diferente envelhecer sozinho ou em família, no meio rural ou urbano, e ainda no feminino ou no masculino. Isto apesar do idadismo contribuir para estereotipar a população idosa como homogénea e “*degenderizada*”, não considerando a existência de indivíduos de diferentes géneros (Ribeiro, 2012). Quando o género é uma construção social e como tal homens e mulheres são socializados de formas diferentes de modo a corresponder a diferentes papéis sociais (Silva, 1999) que se traduzem em diferentes formas de pensar, dizer e fazer que influenciam os comportamentos que os indivíduos desempenham ao longo da vida (Ribeiro, 2012).

Essas diferenças nos comportamentos determinam diferenças na esperança de vida e na morbidade entre homens e mulheres (Augusto, 2013). Atualmente, sabe-se que as mulheres vivem mais anos e com maiores taxas de morbidade, enquanto os homens vivem menos anos, mas com maiores taxas de dependência (Fernandes, 2001; Ribeiro &

² “*Degenderizada*” (Ribeiro, 2012; p. 234), homogénea do ponto de vista do género.

Paúl, 2018). Segundo Augusto (2013), isto acontece porque as mulheres adotam crenças e comportamentos de saúde mais positivos do que os homens e têm estilos de vida mais saudáveis, o que pode explicar o porquê de estas sofrerem menos condições crónicas severas e apresentarem uma maior longevidade. Também por serem socializadas para estarem mais atentas aos sintomas é este o grupo que apresenta uma maior taxa de morbilidade declarada. Já os homens adotam mais comportamentos de risco, como fumar e beber em excesso, conduzir sobre o efeito de álcool, entre outros, o que poderá ter consequências como doenças, incapacidade e morte. Além disso, eles trabalham em atividades mais perigosas em comparação com as atividades que as mulheres desempenham, havendo mais acidentes de trabalho dentro do género masculino, a isto acresce o facto de consumirem menos cuidados de saúde, tendo tendência para ignorar a dor, os sintomas e não pedir ajuda. Posto isto, podemos afirmar que o género influencia as escolhas que as pessoas fazem, acabando por moldar o processo de envelhecimento e a forma como cada indivíduo vive a velhice (Ribeiro, 2012). Assim, envelhecer enquanto homem ou mulher determina diferentes “(...) *expectativas, identidades, relações, processos de transição e adaptação* (...)” (idem; p.232), “(...) *determina formas diferentes de viver a saúde, os estados de doença, a (in)dependência, a autonomia ou a participação social* (...)” (Ribeiro & Paúl, 2018; p.8).

Sem esquecer que o género além de interagir com a idade interage com outros fatores de (des)igualdades, como por exemplo, “(...) *a etnia, a classe social, a orientação sexual* (...)” (Ribeiro, 2012; p.239) entre outras que irão determinar a posição social de cada indivíduo, influenciando os recursos económicos e culturais, e consequentemente os modos de vida, fazendo com que os idosos apresentem uma variedade de posições face à velhice, à morte (Fernandes, 2001) e à saúde.

1.2.4. Isolamento Físico e Social e Institucionalização

A qualidade de vida não é apenas condicionada pelas questões monetárias, pela privação material, pela saúde física, ela também é influenciada pelas relações sociais e pelas situações de isolamento, solidão e abandono (Carneiro 2012; Fernandes, 2001) que afetam a população de 65 e mais anos.

O isolamento está estreitamente ligado à exclusão social (Giddens, 2008). A exclusão social é um fenómeno amplo que incorpora os conceitos de pobreza e de privação, ela é também um processo que, além de impedir o acesso a bens e serviços de consumo essencial, empurra os indivíduos para as margens da sociedade, impede-os de ter uma participação pública, que fragiliza os laços entre o indivíduo e a sociedade, levando assim

à não integração da pessoa na sociedade, o que se traduz em isolamento social (Santana, 2002).

Existe uma série de fatores que contribuem para as situações de isolamento social, das quais salientamos: *“Ter uma doença física ou mental; Ser muito idoso (mais de 80 anos); Viver sozinho; (...); Sofrer a perda de um ente querido; (...) Ter dificuldades de comunicação (audição); Possuir baixas habilitações (...)”* que fazem com que os indivíduos tenham dificuldade de acesso à informação escrita e oral (Carneiro et al, 2013; p.99).

À medida que se avança na idade, diminuem as relações de amizade, isto porque os idosos assistem à morte ou ao afastamento geográfico dos amigos e há uma dificuldade em encontrar novas amizades (Carneiro et all, 2013). Também a chegada à reforma contribui para o isolamento dos idosos, não só porque, como vimos anteriormente, a entrada na reforma deixa os indivíduos vulneráveis à pobreza e exclusão social devido aos baixos valores das pensões, mas também porque ao atingir o estatuto de “reformado” o indivíduo passa a ser visto como desqualificado e desvalorizado, perdendo oportunidades de participação social (Capucha, 2014; Fernandes, 2001). E ainda porque o trabalho é uma das esferas em torno da qual os indivíduos desenvolvem as suas vidas e as relações sociais, a rutura com esta esfera tem impactos nas relações sociais mais amplas, como os laços familiares ou as redes de amizades, o que coloca em causa a integração destes indivíduos. Assim, os idosos encontram-se naquilo que Brandão (2002, p.148) chama de *“zona de desfiliação”*, que inclui os indivíduos que perderam a ligação ao mundo do trabalho, e que consequentemente perderam as relações construídas no contexto de *“(…) trabalho, no bairro, na vizinhança próxima, etc.”*.

O *“(…) empobrecimento da qualidade e da densidade da vida social (...)”* (Capucha, 2014; p.121), tem consequências na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Isto porque o bem-estar físico, psicológico e social depende não só dos padrões de vida, mas também dos contactos e das relações sociais, onde se enquadram os laços de amizade e familiares, sendo que as pessoas que estão sós e isoladas terão mais dificuldade em receber ajuda (Carneiro, 2012).

É neste contexto que as famílias surgem como tendo um papel fundamental na prevenção do isolamento social dos idosos, contribuindo para a sua participação e integração na sociedade (Rodrigues & Soares, 2006), cabendo tipicamente às mulheres assegurar os cuidados e tomar conta dos idosos (Barreto, 2005). No entanto, nos últimos anos, a família tem sofrido alterações que põem em causa os cuidados informais a idosos. Desde a revolução industrial até aos dias de hoje tem-se assistido a uma urbanização e

mobilidade geográfica, uma nuclearização da família (Carneiro, 2012) ao aparecimento de novos rearranjos familiares, nomeadamente “(...) *divórcios, viuvez, gravidez fora do casamento (...)*” (Rodrigues & Soares, 2006; p.13) e novas formas de conjugalidade. Assim como se assistiu à entrada das mulheres no mercado de trabalho (Barreto, 2005) fazendo com que estas passassem a estar ocupadas com “(...) *duplas carreiras profissionais, que têm de combinar com o cuidado dos filhos (...)*” (Capucha, 2014; p.121).

Tal facto fez com que a mulher dificilmente pudesse continuar a assumir o papel tradicional de cuidadora (Passos & Guedes, 2018), o que conduziu à crise do modelo da divisão dos cuidados assente na divisão sexual do trabalho e nas dicotomias público/privado-doméstico, remunerado/não remunerado e homem/mulher (Orozco, 2012). Crise essa que ganhou maior visibilidade devido à pandemia do COVID-19 que veio evidenciar a insustentabilidade da atual organização dos cuidados (Coello, 2020).

A crise de cuidados privados não remunerados, vem salientar a importância dos cuidados e a necessidade de o Estado assumir responsabilidade na provisão de cuidados (Passos & Guedes, 2018). Isso dado que são os cuidados não remunerados assumidos pelas mulheres na retaguarda que permitem aos trabalhadores assalariados (homens) desempenhar as suas funções de “*trabalhador ideal*” “(...) *livres de cargas ou necessidades de cuidados, plenamente disponíveis para o emprego*” (Orozco, 2012; p.65), constituindo assim a base invisível que sustenta a estrutura social e que torna possível a reprodução e manutenção da vida.

Tal facto leva o Estado a assumir a corresponsabilidade social pelo cuidado, juntamente com as famílias e o mercado (Passos & Guedes, 2018). Contudo, a transferência de cuidados para os Estado e para o mercado vem contribuir para o aumento de desigualdades uma vez que separa as pessoas e famílias entre aquelas que têm possibilidade de pagar cuidados, e as que não têm essa possibilidade. Havendo ainda diferença na qualidade do serviço a que podem ter acesso (Orozco, 2012), pois, o mercado interessa-se por aqueles que podem pagar os seus serviços de cuidado, fazendo com que nem sempre “(...) *os cuidados são de melhor qualidade, sendo comum a denúncia de maus-tratos, negligências e outras violências*” (Teixeira, 2020; p.151). Desta forma, a mercantilização do cuidado veio aprofundar as desigualdades sociais uma vez que o acesso a cuidados é desigual sendo influenciado pelos níveis de vida, pela classe social e pelos recursos socioeconómicos, que refletem as desigualdades sociais (Orozco, 2012).

Uma das formas que o Estado tem de prestar apoio e cuidado aos idosos é através da institucionalização de origem pública, privada ou em parceria (Luz, 2014a). A

institucionalização consiste no recurso a serviços (públicos ou privados) que promovem a assistência ao idoso, através do internamento em, por exemplo, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), também conhecidas por lares. Estas são equipamentos destinados ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas de maior risco de perda de autonomia e onde são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Guerra & Sousa, 2014; Instituto da Segurança Social, 2017). Apesar disso, em Portugal, como é típico dos Estado-Providência da Europa do Sul, a família, e principalmente a mulher, ainda é vista como a principal responsável pelo idoso, sendo esta o primeiro recurso na prestação de cuidados (Fernandes, 2001; Luz, 2014a).

Mas, o aumento da longevidade traz consigo um aumento do número de patologias que conduzem ao declínio físico e à perda da funcionalidade impedindo o indivíduo de realizar tarefas básicas do dia-a-dia, tornando o idoso dependente. Perante estas situações a família e a comunidade não conseguem assegurar o bem-estar e a qualidade de vida destes indivíduos, o que leva muitas famílias e idosos a recorrer à institucionalização (Medeiros, 2012).

É neste sentido que alguns dos motivos que levam os idosos e suas famílias a recorrer à institucionalização se prendem com o maior apoio no autocuidado, a atenção e sensação de segurança, um melhor e mais fácil acesso a cuidados de saúde (Duarte, 2011). Mas também a solidão, o facto de morar só e as perdas relacionais, como a morte do cônjuge são fatores que conduzem à institucionalização (Medeiros, 2012), pois os idosos veem na entrada em ERPI a possibilidade de participar em atividades de lazer, e ter a companhia do grupo de pares e funcionários. Assim, a opção pela institucionalização é uma consequência da incapacidade funcional e da ausência ou carência de apoios sociais, e tem como objetivo garantir a segurança e qualidade de vida do idoso (Duarte, 2011).

Porém, existem também aspetos negativos relacionados com a entrada em ERPI, estes vão *“(...) desde a separação da habitação própria, à alteração dos hábitos de vida, perda de alguma liberdade e até à difícil convivência com outros idosos”* (Duarte, 2011; p.43), aspetos esses que podem levar a que os idosos desenvolvam depressões, fiquem confusos, percam o contacto com a realidade, sintam uma *“despersonalização”*, sentimentos de isolamento e separação da sociedade (Medeiros, 2012).

Os aspetos negativos mencionados anteriormente prendem-se com o facto das ERPI se aproximarem do que Goffman (1961) chama de instituições totais. Segundo este autor *“(...) uma instituição total pode ser definida como um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da*

sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (idem; p.11). Como pudemos ver pela afirmação anterior, as duas principais características das instituições totais são: uma vida fechada e uma vida formalmente administrada.

Estas instituições são tendencialmente “fechadas”, embora algumas sejam mais “fechadas” que outras. O fechamento diz respeito a barreiras sociais com o mundo exterior que se estendem para as características físicas da instituição, através de “(...) *portas fechadas, paredes altas (...)*” (idem; p.16). Desta forma, há uma separação rigorosa entre o local em que toda a vida do indivíduo se desenrola, e o mundo exterior, essa característica está presente em algumas ERPI, onde o recinto é limitado por grades e as portas estão habitualmente fechadas sendo apenas abertas pelos funcionários e técnicos do lar, pelo que os utentes não podem entrar e sair do edifício sem autorização³. Esse fechamento limita a comunicação com o exterior, nomeadamente com os familiares e amigos, uma vez que não são permitidas saídas da instituição, e as visitas são limitadas pelos horários impostos pela instituição, separando o internado do mundo social.

Outro fator que contribuí para a separação com o mundo social é o facto de que com a institucionalização o internado vê-se desprovido da possibilidade de planear o seu quotidiano, perde os papéis sociais que outrora ocupava, a liberdade de escolha e a possibilidade de tomar “*decisões “adultas”*” (idem; p.46). No caso das ERPI, tal facto poderá contribuir não só para a perda de autonomia de criar rotinas e decisões, mas também para a perda de capacidade funcionais, pois dentro destas instituições assiste-se a uma infantilização do idoso, em que os funcionários ajudam os idosos nas suas atividades diárias, o que se reflete num agravamento das incapacidades já existentes, pois estas não são incentivadas para ser feitas sozinhos (Medeiros, 2012).

Tal facto acontece porque a vida nas instituições totais é formalmente administrada e submetida à regulação da instituição, sendo que: todos os aspetos da vida são realizados num só local e sob uma única autoridade; cada atividade diária do utente é realizada em conjunto com um grupo mais amplo que desempenha a mesma atividade, ou seja, as pessoas são todas tratadas como iguais e obrigadas a fazer todas as mesmas coisas; e todas as atividades são realizadas seguindo um horário rigoroso e seguindo uma sequência imposta pelo topo da hierarquia, através de um sistema de regras formais (Goffman, 1961).

³ Informações facultadas pela Santa Casa da Misericórdia de Manteigas durante o desenvolvimento do Projeto de 3º Ano de Licenciatura em Sociologia (2019) na Universidade da Beira Interior - Covilhã.

Com base no que foi dito anteriormente, é possível compreender que estas instituições fazem aquilo a que este autor chama de “*mortificação do eu*” (idem; p.29), ou despersonalização, porque padronizam a vida de todos os internados pondo em causa a individualidade. Isso porque todos os internados são tratados da mesma forma e têm todos que agir da mesma maneira, não se tendo em conta que estes têm histórias de vida diferentes uns dos outros, e como tal nem todos partilham os mesmos valores nem as mesmas crenças (Ribeiro, 2012). Contudo, os indivíduos não recebem passivamente este tipo de regulação e este tipo de vida, desenvolvendo estratégias para satisfazerem os seus objetivos dentro destas instituições, por vezes alterando as regras (Goffman, 1961).

Dentro das instituições totais, Goffman (1961; p.18) faz ainda a diferenciação entre dois grupos, são eles o “(...) *grande grupo controlado, que podemos denominar o grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisão (...)*”. O grupo dos dirigentes e do pessoal, é um grupo seletivo, que tem como função vigiar e garantir que os internados cumprem as tarefas. E o grupo dos internados, com mais indivíduos que o grupo anterior, caracteriza-se por não manter relações com o mundo exterior. Os dois grupos têm em comum uma visão estereotipada um do outro o que cria uma distância social entre os dois grupos, que se reflete na comunicação, havendo informações que não são transmitidas ao internado, o que segundo o mesmo autor funciona como forma de controlo. No caso das ERPI, é sabido que os cuidadores têm uma visão estereotipada dos idosos que é comum à sociedade em que estão inseridos e que se reflete na comunicação e nos cuidados prestado a idosos. (Guerra & Sousa, 2014)

Capítulo 2: COVID-19, contornos de uma pandemia

Como foi possível perceber pelo capítulo anterior, o grupo dos idosos, apesar de heterógeno, faz parte dos grupos vulneráveis à pobreza e à exclusão social. As desigualdades sociais e económicas sofridas por estes indivíduos refletem-se em desigualdades em saúde, nomeadamente no que diz respeito ao estado de saúde e ao acesso aos cuidados de saúde, situações essas que podem ser agravadas em caso de pandemia, e que irão influenciar os impactos que este acontecimento tem nas suas vidas.

Uma pandemia é uma epidemia, ou seja, é a propagação muito rápida de uma determinada doença altamente infecciosa para um grande número de pessoas em pouco tempo, e que atravessa fronteiras internacionais (Jones, 2020). Segundo Qiu, Rutherford

& Chu (2017), existem determinados aspetos que caracterizam as pandemias, nomeadamente o fator novidade, pois geralmente uma pandemia refere-se a uma doença nova ou a uma nova variante de uma doença já existente. Outros aspetos dizem respeito ao movimento da doença, à sua ampla extensão geográfica e à sua explosividade, isto porque, uma pandemia caracteriza-se pelo movimento de uma doença de um local para outro, atravessando fronteiras internacionais, alcançando um nível global, com uma taxa de propagação “explosiva”, isto é, extremamente rápida. A isto soma-se o facto deste fenómeno ser caracterizada pela infecciosidade e contagiosidade, pela gravidade e pela baixa imunidade populacional, ou seja, uma pandemia implica a existência de uma doença infecciosa, transmitida de pessoa para pessoa, com consequências graves e fatais, contra a qual grande parte da população não tem imunidade, e como tal é suscetível de ser infetada.

Ao longo da história da humanidade existiram várias pandemias significativas, como por exemplo a varíola, a peste, a tuberculose, entre outras (Qiu, Rutherford & Chu, 2017). A estas pandemias históricas somamos agora a atual pandemia COVID-19.

Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, surgiram os primeiros relatos de uma pneumonia de causa desconhecida, que mais tarde foi identificada como um novo coronavírus humano (SARS-CoV-2). Este vírus provoca a doença COVID-19, uma síndrome respiratória aguda altamente infecciosa, que afeta principalmente os pulmões. Em três meses, o vírus atravessou fronteiras internacionais e espalhou-se por mais de 190 países, incluindo Portugal, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar uma pandemia global (Bavel et al, 2020; Jones, 2020; UNFPA, 2020).

O coronavírus propaga-se através do contacto físico próximo entre indivíduos e através de gotículas respiratórias de espirros e tosse. Os sintomas mais comuns incluem febre, falta de ar, dor de garganta, tosse seca ou com expectoração, dor de cabeça, fadiga e dores musculares ou articulares, congestão nasal, perda de olfato (anosmia) e perda de paladar, náuseas ou diarreia, contudo, os indivíduos podem ainda ser assintomáticos e não manifestar nenhum sintoma, mas serem portadores do vírus (Jones, 2020; Shahid et al, 2020).

Apesar do coronavírus afetar todos os segmentos da população, existem grupos em que as consequências desta doença são mais graves, nomeadamente, indivíduos com baixa defesa imunológica e com condições médicas subjacentes, como hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas, diabetes e cancro, entre outras (Jones, 2020; Shahid et al, 2020; UNFPA, 2020).

É dentro deste grupo de indivíduos mais vulneráveis à COVID-19 que se encontram os idosos, por possuírem sistemas imunológicos fracos devido à idade e, como vimos anteriormente, por apresentarem, na sua generalidade, altas taxas de doenças crónicas (Jones, 2020), exibindo multimorbilidade (Batista et al, 2020). Como tal, é no grupo dos mais velhos que após contração da COVID-19 se verificam quadros clínicos mais grave, maiores taxas de hospitalização e maiores taxas de mortalidade, quando comparados ao resto da população (Lloyd-Sherlock et al, 2020; UNFPA, 2020; United Nations, 2020a). Tal facto levou a Direção-Geral da Saúde (DGS) a declarar os idosos parte dos chamados grupos de risco (Magalhães et al, 2020).

Porém, é de salientar que embora a idade cronológica contribua para a mortalidade por COVID-19, são a multimorbilidade e as determinantes sociais em saúde os fatores que mais colaboram para o aumento da gravidade da doença em pacientes mais velhos (Bello-Chavolla et al, 2020). Isto porque os determinantes sociais influenciam as circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, o que por sua vez influencia o seu estado de saúde e o acesso a cuidados de saúde, o que terá consequências na mortalidade por COVID-19 (Bello-Chavolla et al, 2020; Goldblatt et al, 2020).

Os grupos sociais mais desfavorecidos apresentam estados de saúde menos favoráveis, como é caso do grupo 65 e mais anos, exibindo maiores taxas de multimorbilidade ao longo da vida, o que se irá traduzir em impactos de saúde mais graves. São também estes indivíduos que correm um maior risco de exposição ao vírus, por exemplo, devido ao local onde vivem, com quem vivem ou às condições das suas casas (Goldblatt et al, 2020).

Além da maior suscetibilidade a problemas de saúde pré-existentes, os grupos de estatuto socioeconómico mais baixo, particularmente os idosos, apresentam ainda fraquezas como consequência da sua condição económica, que se tornam um obstáculo quando é preciso usar os serviços de saúde (Santana, 2002). Assim, são eles que apresentam maiores dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, quer públicos quer privados (Goldblatt et al, 2020). Existindo, por exemplo, barreiras de desigualdade de acesso aos serviços de saúde nas áreas mais rurais, onde, como vimos, vive uma grande parte da população idosa. Isso dado que os cuidados especializados se encontram nos grandes centros urbanos e os indivíduos pobres e excluídos têm não só dificuldades de mobilidade, mas também a falta de recursos para suportar os custos de percorrer longas distâncias (Santana, 2002). Tal facto aumenta o risco de mortalidade por COVID-19 nas zonas rurais. A isso acresce ainda o facto de ser tratado em instalações privadas de saúde

diminuir o risco de morte por COVID-19 e os indivíduos mais desfavorecidos, como os idosos, não têm capacidade de aceder aos cuidados privados (Bello-Chavolla et al, 2020).

Posto tudo isto, podemos considerar os idosos um grupo de risco à COVID-19, não só devido à idade cronológica e às doenças crónicas que caracterizam este grupo, mas também devido às determinantes sociais, que temos vindo a observar os colocam em situações de vulnerabilidade, as quais são ainda mais agravadas em tempo de pandemia.

2.1. Medidas sociais de combate à pandemia

Na ausência de uma vacina ou medicamento eficaz contra a COVID-19, os governos produziram esforços para a criação de uma, mas até lá desenvolveram medidas sociais para conter o vírus e manter as populações seguras. Neste seguimento, foi criado um conjunto de medidas de saúde pública, chamadas intervenções não farmacêuticas, que tinham como objetivo reduzir as taxas transmissão do vírus através da redução dos contactos (Delen, Eryarsoy & Davazdahemami, 2020; Ferguson et al, 2020; Jones, 2020). Para os pacientes com COVID-19, uma vez que não existe cura conhecida, o tratamento centra-se no monitoramento do estado de saúde e em cuidados de suporte (Shahid et al, 2020).

Deste jeito, a pandemia levou a uma campanha de saúde pública global com o objetivo de diminuir a propagação do vírus, através de medidas de proteção individual como a lavagem das mãos, a redução do toque facial, a adesão à etiqueta respiratória, o distanciamento físico, o uso de máscaras em público para cobrir o nariz e boca, a recomendação para as pessoas permanecerem em casa e contactarem os serviços de saúde caso apresentem sintomas e o isolamento voluntário, entre outras medidas que acabaram por fazer parte do nosso dia-a-dia (Bavel et al, 2020; Lima-Costa et al, 2020; Wise, Everson & Grijalva, 2020). A adesão dos indivíduos a estas medidas de proteção individual revelou-se fundamental para controlar a rápida disseminação do vírus (Peixoto et al, 2020).

Contudo, apesar implementação das medidas individuais, especialistas em saúde pública e epidemiologistas defendem a medida mais eficaz para controlar a taxa de infeções pelo novo coronavírus é o distanciamento social (Delen, Eryarsoy & Davazdahemami, 2020). Isto dado que a transmissão ocorre através de contactos com portadores sintomáticos ou assintomáticos do vírus, quer seja no domicílio, nos locais de trabalho, nas escolas, quer em qualquer contacto aleatório dentro da comunidade, sendo assim essencial manter a distância espacial entre os sujeitos (Ferguson et al, 2020; Lima-Costa et al, 2020).

Com base na ideia de “distanciamento social”, países de todo o mundo, como Portugal, implementaram medidas para incentivar (e em alguns casos obrigar) a restrição do movimento de pessoas, e assim conter a propagação da doença e minimizar a sobrecarga dos serviços de saúde (Delen, Eryarsoy & Davazdahemami, 2020; United Nations, 2020b; Wise, Everson & Grijalva, 2020). Mas, o termo “distanciamento social” é um termo muito abrangente e engloba diferentes tipos de intervenções e medidas, entre as quais podemos encontrar: a proibição de eventos públicos e aglomerações na via pública de modo a evitar multidões; medidas de triagem, como a medição da temperatura; o fechamento de escolas e adesão às aulas online; o fechamento de locais de trabalho ou alteração para regime de teletrabalho; o fechamento do comércio e interrupção da prestação de serviços considerados não essenciais; os bloqueios totais ou fechamentos totais (*lockdown*) de cidades e restrições de tráfego, impedindo a circulação de pessoas e cargas; o apelo à permanência em casa, à adesão das medidas de proteção individual e ao distanciamento físico, através de quarentenas obrigatórias ou opcionais; e ainda detecção ativa de casos, o isolamento de pessoas infetadas, o rastreamento dos contactos e a quarentena de pessoas expostas ao caso ativo (Delen, Eryarsoy & Davazdahemami, 2020; Ferguson et al, 2020; Lima-Costa et al, 2020; Mahtani, Heneghan & Aronson, 2020; Peixoto et al, 2020; Goldblatt et al, 2020; Wise, Everson & Grijalva, 2020)

É de notar que estas medidas utilizadas na mitigação da pandemia COVID-19 evoluem à medida que a pandemia avança e conforme o número de casos evolui dentro de cada país, podendo mesmo variar dentro de um mesmo país. Deste modo, ao longo do tempo os países alteram e adaptam as respostas a este novo risco (Ferguson et al, 2020), tendo como base a ideia de que isoladamente a eficácia destas medidas é limitada, e como tal as intervenções devem ser combinadas de modo a ter o impacto pretendido na diminuição das taxas de contaminação (Mahtani, Heneghan & Aronson, 2020).

Além disso, as medidas e os esforços que cada país cria no combate à pandemia são influenciados pelos recursos, pela cultura e pela política de cada país (Jones, 2020), como tal, a escolha das intervenções a adotar e a eficácia das medidas não é a mesma em diferentes contextos sociais (Ferguson et al, 2020). Deste modo, as mesmas medidas aplicadas em diferentes contextos sociais podem ter efeitos diferentes, uma vez que as medidas de contingência da transmissão do vírus pressupõem a alteração significativa de alguns comportamentos, e a dificuldade de alterar comportamentos varia de cultura para cultura, de contexto social para contexto social, e até mesmo dentro de uma sociedade varia de grupo social para grupo social. Por exemplo, os indivíduos mais desfavorecidos, como as famílias carenciadas e os idosos, têm dificuldade em, por exemplo, cumprir a recomendação da lavagem das mãos, pois não têm meios materiais

para isso, ou cumprir a recomendação de evitar grandes multidões, pois usam os transportes públicos como meio de deslocamento, ou ainda em seguir a recomendação de teletrabalho, uma vez que os seus trabalhos precários ou pouco qualificados frequentemente não lhes permitem o trabalho remoto. Assim, são vários aspetos dos contextos sociais e culturais que influenciam a extensão e a velocidade da mudança de comportamento, a adesão (ou não) às medidas de contingência e, conseqüentemente, a eficácia das mesmas. Sendo que as desigualdades sociais afetam a alteração de comportamentos e a capacidade de os indivíduos adotarem as recomendações dos Governos (Bavel et al, 2020).

2.1.1. Medidas de Contingência em Portugal

O combate à pandemia em Portugal até ao momento foi marcado por três Estados de Emergência e pelas medidas associadas a cada um deles, pelas medidas de âmbito nacional e pela vacinação.

Em Portugal, o Estado de Emergência pode ser declarado em caso de calamidade pública e permite a adoção de medidas como a suspensão ou restrição de determinados direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, como forma de proteção da saúde pública (Direção-Geral da Saúde (s/d). Sendo que a desobediência às normas do estado de emergência considerada como crime (Francisco, 2020).

O primeiro Estado de Emergência decorrente da pandemia COVID-19 ocorreu pouco tempo depois de confirmados os primeiros casos de COVID-19 no país. Tendo sido iniciado a 18 de março 2020 e durado 45 dias, terminando assim a 2 de maio de 2020 (Francisco, 2020). Neste decreto foram estabelecidos três tipos de medidas para diferentes situações, são elas: infetados e doentes do novo coronavírus a quem as autoridades de saúde determinaram vigilância e confinamento obrigatório; grupos de risco, principalmente idosos, que devido à sua fragilidade devem aderir ao isolamento profilático; e os restantes cidadãos que devem seguir as restrições impostas à circulação na via pública. Deste modo, é decretado o dever de "recolhimento domiciliário" para a generalidade da população com restrições de circulação na via pública para a realização de tarefas e funções essenciais, como por exemplo, motivos de saúde, aquisição de bens e serviços, trabalho que não possa adotar o regime de teletrabalho, entre outras (República Portuguesa, 2020a). Torna-se obrigatória a adoção do regime de teletrabalho sempre que as funções em causa o permitam. É determinado o “*encerramento de certos tipos de instalações e estabelecimentos (...), bem como a suspensão das atividades de comércio a retalho, com exceção daquelas que disponibilizem bens de primeira necessidade ou outros bens considerados essenciais (...)*” (República Portuguesa, 2020a;

s/p) como os supermercados, mercearias ou farmácias. A isto soma-se o encerramento de escolas, o fecho de discotecas, museus e monumentos, a redução da lotação de centros comerciais ou restaurantes, a suspensão por tempo indeterminado de competições nacionais de desporto e atos religiosos, a proibição das deslocações para fora do concelho de residência e o encerramento dos aeroportos aos voos de passageiros (Francisco, 2020).

Ainda no mesmo ano, em novembro, é declarado pelo Governo o segundo Estado de Emergência numa tentativa de diminuir o aumento do número de casos provocado pelo regresso ao trabalho e à abertura das escolas. No entanto, este segundo Estado de Emergência é diferente do primeiro. A situação epidemiológica entre os concelhos era muito diversificada, e como tal o território nacional passou a distinguir os concelhos com base no nível de risco (Républica Portuguesa, 2020b). Estes foram divididos em quatro níveis de risco: Concelhos de risco moderado, Concelhos de risco elevado e Concelhos de risco muito elevado e extremamente elevado (Républica Portuguesa, s/d). E para cada nível de risco aplicam-se medidas de contingência específicas. Sendo que nos Conselhos de risco muito elevado ou extremamente elevado as medidas impostas são mais apertadas, contando por exemplo com *“a proibição de circulação na via pública entre as 23h00 e as 05h00 nos dias de semana e a partir das 13h00 aos sábados e domingos”* (com algumas exceções) ou o *“dever cívico de recolhimento domiciliário”* (Républica Portuguesa, s/d; s/p).

Entretanto, os esforços de vários governos e instituições na criação de uma vacina derem frutos, e a 27 dezembro de 2020, em Portugal, iniciou-se o “Plano de Vacinação COVID-19”. Este plano dava prioridade aos membros do grupo de risco, dos quais fazem parte os indivíduos com mais de 65 anos, em especial aqueles que residem em ERPI e/ou são portadores de multimorbidades. Posteriormente a vacinação foi sendo alargada ao resto da população (covid19estamoson.gov.pt, s/d).

Contudo, o início da vacinação não foi sinónimo do fim das medidas previamente impostas pelos governos na mitigação das infeções. Foi também nesta altura que, decorrente do aumento acentuado do número de infeções por COVID-19 após as festividades do Natal e da passagem de ano, que na primeira quinzena de janeiro foi anunciado o terceiro Estado de Emergência. Este último perdurou até 15 de março momento em que se iniciou o plano de desconfinamento que previa a abertura gradual do país, em quatro fases, onde a cada fase correspondeu a abertura de determinados serviços, segundo as orientações previstas pelo Governo, acabando com a abertura do país e a instauração de Situação de Calamidade (covid19estamoson.gov.pt, 2021).

Às medidas aplicadas em cada Estado de Emergência foram sempre acompanhadas pelas medidas de âmbito nacional comuns a todo o território independente do risco de contaminação. Estas medidas, implementadas ao longo da pandemia em Portugal, contavam com o distanciamento físico; a lavagem frequente das mãos; o uso obrigatório de máscara, a etiqueta respiratória e a utilização da app *Stayaway* COVID para rastrear as interações de indivíduos infetados com outras pessoas na sociedade (Ferguson et al, 2020). A isto acrescem ainda outro tipo de intervenções como, por exemplo, medições de temperatura corporal e a exigência de testes de diagnóstico para a COVID-19 no acesso a estabelecimentos específicos, como por exemplo estabelecimentos de saúde e ERPI entre outras (República Portuguesa, s/d; s/p).

Além de todas estas estratégias de contingência que afetam a generalidade da população, foram ainda implementadas algumas estratégias de minimização de infeções dentro das ERPI, com vista a proteger os seus utentes. Como tal, segundo a Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020, atualizada a 23/07/2020, estas instituições devem adotar as medidas gerais para reduzir a transmissão do novo coronavírus e adotar medidas de higiene, limpeza, desinfeção e gestão de resíduos. O Despacho n.º 4097-B/2020 de 2 de abril, alé de um plano de contingência, as ERPI devem assegurar o distanciamento social entre utentes e funcionários, exceto para a realização de tarefas de suporte que exigem aproximação; devem evitar a concentração de pessoas no mesmo espaço através da redução dos espaços comuns e da utilização dos espaços por turnos de modo a poder cumprir os distanciamentos entre utentes, isso é possível, por exemplo, com o desencontro dos horários nos refeitórios e com a suspensão de atividades lúdicas coletivas. A isto acrescenta-se, ainda, o isolamento profilático por 14 dias de utentes que acabaram de chegar à instituição e de qualquer utente com sintomas. Quanto às visitas, segundo a Informação 011/2020 da DGS, as ERPI devem ter um plano de visitas e comunicar aos familiares as condições em que estas decorrem, assegurando o cumprimento de todas as medidas de distanciamento físico, etiqueta respiratória, higienização das mãos e utilização adequada de máscara cirúrgica. Contudo, as instituições podem ainda suspender as visitas.

As medidas mencionadas neste ponto tiveram e continuam a ter impactos sociais e económicos na vida dos indivíduos (Ferguson et al, 2020).

2.2. Impactos sociais da COVID-19 nos idosos

A pandemia COVID-19 infetou milhões de pessoas no mundo, causando doenças graves e levando a morte de milhares de indivíduos (Qiu, Rutherford & Chu, 2017). Segundo os dados da Direção-Geral da Saúde (2021a), até ao dia 9 de outubro 2021, em Portugal, a

pandemia já tinha infetado 1 074 813 indivíduos e provocado a morte de 18 034 pessoas. Apesar do número de infetados com 60 e mais anos representar apenas cerca de 22% do número total infetados, o número de mortes neste grupo representa aproximadamente 96% das mortes por COVID-19 em Portugal. Para mais, apesar de na população em geral a percentagem de homens infetados (46%) ser inferior à de mulheres infetadas (54%), é nos homens que a taxa de mortalidade é maior (52%), situação essa que se reflete também no grupo dos indivíduos com 60 e mais anos. Uma vez que neste segmento da população as mulheres representam 57% dos infetados pelo novo coronavírus, mas apenas 43% das mortes por COVID-19.

Para além ter causado altas taxas de morbilidade e mortalidade, como iremos ver no desenrolar deste ponto, a pandemia e as suas medidas provocaram também outros impactos menos visíveis, mas não menos preocupantes, na sociedade, que afetaram principalmente a população idosa (United Nations, 2020a).

Em tempo de COVID-19 verificou-se uma sobrelotação dos serviços de saúde, tornando visível o problema da capacidade para lidar com a procura em tempo de pandemia, principalmente no que diz respeito à necessidade de suporte respiratório (Lloyd-Sherlock et al, 2020) e à falta de profissionais de saúde.

Perante recursos médicos escassos, foram tomadas decisões de saúde, quer a nível da triagem de doentes quer a nível dos tratamentos, que discriminavam os indivíduos mais velhos. Em plena pandemia foram registadas situações em que as decisões sobre o uso de recursos médicos escassos, como é o caso dos ventiladores, acabou por ser tomada com base na idade ou na saúde geral, expectativa de vida ou chances de sobrevivência dos doentes. Como tal, surgem casos em que devido à escassez de ventiladores os profissionais de saúde tiveram de optar por quem será o indivíduo que irá ter acesso a esse suporte de vida, sendo que nessas decisões eles acabam por dar prioridade aos sujeitos mais novos, uma vez que apresentam menos doenças crónicas e como tal com maior probabilidade de sobrevivência, acabando por impedir os idosos de receber o suporte respiratório necessário (United Nations, 2020a). Assim, o tratamento de idosos foi visto como tendo menos valor do que o tratamento de pessoas mais jovens, o que se traduz numa discriminação e marginalização dos mais velhos, num aumento das desigualdades em saúde e na supressão do direito humano de acesso a cuidados de saúde (Lloyd-Sherlock et al, 2020; United Nations, 2020b).

A isto somam-se relatos de casos em que os idosos não tiveram o pleno direito de consentir (ou recusar) o tratamento médico, tendo sido pressionados indevidamente

pelos profissionais de saúde para recusar tratamentos, como por exemplo sendo coagidos a assinar a opção de não ressuscitar (United Nations, 2020a).

Antes da pandemia, os sistemas de saúde já eram fracos e os idosos já enfrentavam barreiras de acesso a cuidados de saúde devido à acessibilidade económica e física, e ao idadismo (United Nations, 2020b). Contudo, o excesso de procura de cuidados COVID-19, a necessidades de mão de obra extra e de equipamentos durante a pandemia, levou à concentração de recursos de saúde neste tipo de cuidados, conduzindo assim à escassez de força de trabalho e à redução ou até mesmo suspensão dos serviços de saúde essenciais não relacionados ao COVID-19, nomeadamente a suspensão de cuidados paliativos, de reabilitação e outros tipos de cuidados muito procurados pela população idosa. Assim, a interrupção destes serviços e a concentração de recursos de saúde no COVID-19 levou à marginalização das pessoas idosas e criou (ou agravou, em alguns casos) barreiras à obtenção de serviços de saúde para as suas condições crónicas pré-existentes. Isto reflete-se num aumento da vulnerabilidade dos mais velhos à COVID-19 e num maior risco para as suas vidas (United Nations, 2020a; Goldblatt et al, 2020).

Tal facto, aliado ao medo de ser contaminado e às medidas de contingência, como a proibição de circulação na via pública, pode desencorajar os pacientes de procurar cuidados de rotina, urgentes ou procedimentos de diagnóstico e exames, que são realizados em centros de saúde. A curto prazo, isso pode provocar um aumento da taxa de mortalidade por condições agudas, como os enfartes; já a médio e longo prazo, pode conduzir a piores taxas de sobrevivência por outras doenças, como o cancro (Goldblatt et al, 2020).

Além dos cuidados hospitalares, muitas pessoas idosas têm necessidades contínuas de saúde que requerem medicação e assistência, nomeadamente através de visitas domiciliárias regulares ou de cuidados comunitários. No entanto, este tipo de cuidados, que já antes da pandemia eram irregulares e frágeis, passam também a ser interrompidos, devido às medidas de restrição de circulação ou de distanciamento social, o que deixa muitos idosos sem acesso a cuidados e apoios essenciais (United Nations, 2020a).

Contudo, não podemos deixar de sublinhar que, como vimos no capítulo anterior, a população idosa é um grupo heterogéneo, e que apesar de ser agrupada com base na idade cronológica, a experiência com os cuidados de saúde e com a situação pandémica em geral varia com base em fatores sociais como o género, a classe socioeconómica, a etnia, entre outros. Deste modo, idosos de diferentes status socioeconómicos, de

diferentes etnias ou de diferentes géneros vivem a pandemia de forma diferente (UNFPA, 2020).

Além disso, os idosos também desempenham vários papéis na nossa sociedade, entre os quais se encontram cuidadores informais, cuidadores formais e profissionais de saúde. Por um lado, durante a pandemia, os cuidadores informais mais velhos, como os avós são colocados numa posição de risco, pois esta função deixa-os expostos ao contágio, principalmente se os netos saírem regularmente de casa, impossibilitando, assim, que os mais velhos façam a sua “auto-quarentena” (Lloyd-Sherlock et al, 2020) Por outro lado, o excesso de doentes e a falta de profissionais de saúde fez com que idosos cuidadores formais e profissionais de saúde reformados, como médicos(as) e enfermeiros(as), fossem chamados pelos Governos para ajudar a combater a pandemia, o que os colocou numa situação de vulnerabilidade e maior risco perante o novo coronavírus (United Nations, 2020a).

A falta de profissionais afeta também as instituições que acolhem idosos, nomeadamente as ERPI e outro tipo de instalações semelhantes. Os residentes destas estruturas de apoio ao idoso, geralmente, apresentam graus elevados de dependência, pelo que caso os funcionários sejam infetados ou contraiam a doença e não possam ir trabalhar, os cuidados aos idosos ficam comprometido, pondo em causa o seu bem-estar e, até mesmo, colocando em risco a sobrevivência dos mais velhos (Lloyd-Sherlock et al, 2020).

A pandemia COVID-19 colocou ainda em evidência a existência de muitas instituições de longa permanência direcionadas para os idosos que não são regulamentadas e que oferecem cuidados de baixa qualidade (Lloyd-Sherlock et al, 2020) havendo mesmo casos de negligência e maus-tratos por parte destas instituições (United Nations, 2020a). Essas situações de ilegalidade da maior parte dos lares lucrativos são, segundo Barreto (2005), do conhecimento das autoridades, no entanto, estas vão compactuando com a situação pois não há onde colocar os residentes. Tal facto revela a incapacidade do Estado para proteger a população idosa, principalmente durante o atual surto epidemiológico.

A isto acresce o facto de, na sua generalidade, as ERPI se caracterizarem pela concentração de pessoas idosas em locais próximos (United Nations, 2020b), tornando-se difícil os indivíduos manterem o distanciamento físico recomendado para minimizar a propagação do novo coronavírus. Este aspeto leva alguns autores, como Lloyd-Sherlock et al (2020; p.1), a chamarem a estas instituições “*incubadoras de infeções*”, uma vez que a falta de distanciamento faz com que caso um indivíduo seja portador do vírus este se dissemine rapidamente pelos outros residentes, podendo até alargar-se à comunidade.

Além disso, de modo a impedir que o vírus entre nas instalações, muitas instituições tomaram medidas que restringem as visitas e as atividades em grupo, o que poderá ter um efeito negativo na saúde física e mental dos utentes. Esses efeitos negativos podem afetar principalmente os idosos dependentes, que já se encontram em declínio cognitivo, provocando-lhes ansiedade e stress (United Nations, 2020b).

Os seres humanos são seres sociais, que precisam de estar conectados com os outros (Bavel et al, 2020) e são várias as teorias sociológicas que corroboram esta ideia. Desde os funcionalistas que defendem que a sociedade é vista como um sistema em que cada indivíduo tem uma função que contribui para o funcionamento do todo; aos defensores das teorias do conflito que argumentam que a sociedade é um local de interação entre indivíduos e grupos onde estes competem para adquirir poder, recursos e satisfazer os seus interesses; até aos apoiantes do interacionismo simbólico, que defendem que é através da interação com os outros que os indivíduos constroem o mundo que os rodeia e a sua identidade, sendo a interação com os outros que molda os seus comportamentos. Em todas elas prevalece a ideia de que os seres humanos são moldados pela interação com outros, eles interagem para definir quem são, para encontrar os seus papéis e o seu lugar na sociedade (Jones, 2020). Como tal, a interação social é fundamental para os seres humanos, ela “(...) *ajuda as pessoas a regular as emoções, lidar com o stress e permanecer resilientes em momentos difíceis (...)*” (Bavel et al, 2020; p.466). Quando esta diminui muito ou é mesmo interrompida, as consequências fazem-se sentir em vários domínios da vida dos indivíduos, e no caso dos idosos, onde os níveis de interação já são usualmente mais diminuídos, o resultado pode ainda ser mais gravoso.

A participação social pode ser feita através da participação em organizações comunitárias religiosas, desportivas, culturais, recreativas, políticas e voluntárias, estimulando o nível de atividade física e cognitiva dos indivíduos, o que se traduz num efeito protetor e em impactos positivos na saúde dos idosos. Deste modo, as atividades sociais, ao estimularem a atividade física e as interações sociais, diminuem as multiformidades e consequentemente as taxas de incapacidade, de hospitalização e de mortalidade em idosos. Têm, ainda, um impacto positivo na saúde mental e nos estados emocionais, diminuindo as situações de depressão, stress e ansiedade e aumentando a autoestima. Além disso, elas aumentam as redes de apoio informal dos idosos, o que se traduz numa maior qualidade de vida (Sepúlveda-Loyola et al, 2020).

No entanto, no contexto pandémico atual, uma das estratégias mais comuns e importante para diminuir os contágios é o distanciamento social, minimizando os contactos pessoais. Mas, a própria medida do distanciamento social, através de restrições

para ficar em casa, quarentenas e bloqueios, traduz-se nos riscos da COVID-19 (Bavel et al, 2020; Chen et al, 2020; Jones, 2020; United Nations, 2020a). Os apelos (e em alguns casos a obrigatoriedade) de permanecer em casa fizeram com que muitos idosos passassem mais tempo sozinhos (Berg-Weger & Morley, 2020), diminuindo as redes de apoio e os serviços sociais, acabando com a participação em grupos comunitários, atividades familiares e em grupos de exercícios ou grupos religiosos durante a pandemia (Sepúlveda-Loyola et al, 2020).

A falta de apoio familiar e social e a existência de limitações funcionais aliadas ao isolamento social dos idosos, podem levar estes indivíduos a desenvolver hábitos não saudáveis (Jones, 2020), como comportamentos sedentários e diminuição ou ausência da atividade física (Sepúlveda-Loyola et al, 2020).

A isto soma-se um maior risco de depressão e maiores níveis de ansiedade (Chen & Outros, 2020). Conseqüentemente, o aumento dos estados de depressão e ansiedade tem efeitos na diminuição da capacidade do corpo em combater infeções, pois essas condições levam a alterações químicas que conduzem à diminuição dos leucócitos (essenciais na resposta à infeção do sistema imunológico). Assim, idosos isolados têm menos imunidade e são muito mais suscetíveis a infeções do que os restantes (Jones, 2020). Além disso, o isolamento social está ainda associado a distúrbios emocionais, stresse, irritabilidade, insónias, e maiores taxas de suicídio na população idosa (Sepúlveda-Loyola et al, 2020).

Como vimos, longos períodos de isolamento têm consequências na saúde mental dos idosos, o que é agravado pela menor probabilidade de inclusão digital dos mais velhos. Apesar da ideia generalizada de que a Internet e outras tecnologias digitais são “(...) *uma janela para o mundo durante o bloqueio, permitindo que nos conectássemos com a família, amigos e a comunidade*” (United Nations, 2020a; p.10), tal facto não se verifica em todos os grupos sociais, e apesar de este fator também ser influenciado pela classe social e pelo capital cultural, muitos idosos, principalmente os que vivem sós, têm acesso limitado às tecnologias digitais e não possuem as habilidades necessárias para as explorar. Os idosos enfrentam não só barreiras materiais no acesso a essas tecnologias, nomeadamente a falta de acesso a equipamentos informáticos e à ligação à internet, mas também barreiras relacionadas com a alfabetização, a linguagem, dificuldades visuais e auditivas devido à idade, as quais limitam a utilização de computadores e telemóveis. (Richardson et al, 2020; United Nations, 2020a).

Essa “falha” digital, para além de impedir os indivíduos mais velhos de comunicar e manter contacto com as suas redes sociais, impede-os de aceder a informações essenciais

sobre as medidas pandémicas, que acabam apenas por ser divulgadas no meio digital, e a serviços, como a telemedicina, compras ou serviços bancários online, que foram amplamente utilizados durante o surto devido ao fecho dos espaços físicos destes serviços (United Nations, 2020a; 2020b). Em suma, os idosos são dos grupos sociais que têm menos probabilidade de inclusão digital, o que agrava as situações de isolamento e exclusão social.

Embora essas medidas de distanciamento sejam cruciais para garantir a segurança de todos, é necessário ter em conta as realidades dos idosos, pois muitos, principalmente os que vivem sós, habitualmente já vivem em situações precárias e dependem de outros para receber cuidados e apoios. Com a COVID-19 e as medidas para restringir a circulação e os contactos, essas situações de pobreza e exclusão social foram agravadas. As pessoas idosas que moram sozinhas, veem os serviços e apoio da comunidade suspensos, e enfrentam barreiras à obtenção de medicamentos, alimentos e outros bens essenciais (Lloyd-Sherlock et al, 2020; UNFPA, 2020; United Nations, 2020a).

Como tal, durante um surto de doença infecciosa, como a COVID-19, pode haver um aumento das taxas de desnutrição e, conseqüentemente, das taxas de mortalidade dentro do grupo com 65 e mais anos. Assim, a insegurança alimentar torna-se uma preocupação para os idosos que estão em quarentena, isolados e sem redes apoio, ou com recursos limitados para aceder a alimentos e bens essenciais (United Nations, 2020b).

Essa dificuldade de acesso a bens e serviços é ainda agravada pelo impacto provocado pela COVID-19 na economia. A nível económico, a pandemia COVID-19 trouxe consigo custos muito elevados no que toca ao setor da saúde, com grandes gastos em hospitais, equipas de saúde, medicamentos, entre outros. Somando-se a isso a interrupção de várias atividades económicas, devido às medidas de contingência, tendo como consequência a queda do PIB e a instabilidade económica do país (Qiu, Rutherford & Chu, 2017), a precariedade, o desemprego, o *lay-off*, e as perdas de rendimento (Magalhães et al, 2020). Assim, a pandemia veio expor e agravar as desigualdades sociais e económicas já existentes, mas também trouxe consigo novas vulnerabilidades, nomeadamente a perda de habitação, a perda do emprego ou de oportunidades de trabalho informal, que por sua vez levam à perda de rendimentos dos indivíduos e das famílias, aumentando as situações de pobreza e desigualdade social (Goldblatt et al, 2020).

Apesar, de os idosos terem diferentes fontes de rendimento, nomeadamente, trabalho remunerado, poupanças, apoio financeiro de familiares e apoios da segurança social, como as pensões e reformas. Com a COVID-19 e as medidas de proteção, como a restrição

de circulação, deixaram de conseguir aceder-lhes ou em certos casos esses rendimentos diminuem significativamente, agravando assim situações de pobreza já existentes e conduzindo a novas situações de pobreza (United Nations, 2020a).

Consequentemente, o aumento da pobreza e das vulnerabilidades causados pela pandemia levam ao aumento dos riscos para a saúde dos indivíduos, mas também a contração de COVID-19 pode influenciar as condições de vida dos sujeitos a curto e longo prazo. Isto porque as sequelas desta doença podem impedir os indivíduos de regressar ao trabalho, reduzindo assim a sua capacidade de adquirir rendimentos devido às suas incapacidades físicas (Goldblatt et al, 2020). Assim, a pobreza está associada com a falta de saúde e por sua vez a falta de saúde é geradora de pobreza, pois leva à falta de rendimentos (Santana, 2002).

Permanecer em casa aumenta ainda o risco de confusão e raiva, sentimentos que poderão ser direcionados para os vários membros da família sob a forma de negligência, agressão, abuso e violência. Consequentemente as medidas de restrição de movimentação impostas desde o início da pandemia fizeram com que muitas pessoas se vissem obrigadas a ficar em casa devido a quarentenas impostas ou isolamento voluntário, causando um aumento das taxas de violência doméstica, nomeadamente contra idosos (Bavel et al, 2020; United Nations, 2020a). Os idosos que vivem com as suas famílias, viram-se obrigados a ficar em isolamento com elas, o que se traduziu num aumento da negligência, da violência contra idoso, e de abusos de várias ordens, como abusos físicos, psicológicos, sexuais e financeiros, contra este grupo (UNFPA, 2020; United Nations, 2020a). Estas situações de violência e agressão são ainda agravadas pelo facto de a pandemia aumentar a dificuldade de acesso a assistência por parte das vítimas mais velhas, uma vez que se vêm impedidas de sair de casa e estão constantemente na presença dos seus agressores (United Nations, 2020a).

Como pudemos observar, desde situações de violência, negação do direito à saúde, à vida e à igualdade até a situações de isolamento, é possível referenciar o efeito generalizador provocado pela pandemia COVID-19 no agravamento da discriminação e estigmatização com base na idade, neste caso contra pessoas idosas (United Nations, 2020b).

O estigma social durante uma pandemia pode contribuir para que as pessoas sejam discriminadas, rotuladas, estigmatizadas e tratadas de forma diferente devido à sua associação com a doença. Deste modo, os discursos públicos que rotularam os idosos como grupo de risco e que associaram a COVID-19 a uma doença de idosos contribuíram para o agravamento do estigma social em torno do ser idoso, agravando assim os estereótipos negativos acerca deste segmento da população (United Nations, 2020b).

Assim, a COVID-19 veio contribuir para o aumento do idadismo, da estigmatização do idoso e da sua discriminação, o que como pudemos ver anteriormente tem impactos negativos no acesso a bens e serviços e no seu bem-estar geral (United Nations, 2020a).

Capítulo 3: Risco e sociedade

Como vimos no capítulo anterior o grupo dos idosos está sujeito a diversos riscos no seu quotidiano aos quais atualmente se soma a pandemia COVID-19. O conceito de risco pode ter diversos significados, tendo mudado ao longo das épocas históricas e dos contextos, e variando também de acordo com quem está a utilizar o termo (Lupton, 1993).

Na pré-modernidade, os riscos estavam associados com fenómenos naturais, como tempestades, e apenas podiam ser aproximadamente calculados ou previstos através da observação de acontecimentos semelhantes que ocorreram antes, como tal o seu impacto podia ser reduzido, mas não podia ser controlado ou evitado. O termo risco estava assim associado ao destino e à ideia de que estes fenómenos aconteciam por vontade de Deus ou devido a forças sobrenaturais (Lupton & Tulloch, 2002), mas com a era moderna, a noção de risco começou a mudar. Nas sociedades industrializadas e devido à revolução científica e ao surgimento do iluminismo (Ekberg, 2007), os humanos começaram a acreditar que através da ciência seriam capazes de obter um maior conhecimento do mundo natural e como tal poderiam exercer um maior controlo sobre os riscos. No século XVIII há um desenvolvimento dos conhecimentos estatísticos e probabilidades, o que permitiu compreender, medir e prever o risco (Lupton & Tulloch, 2002). Nesta altura, o termo “risco” era visto como neutro e representava as probabilidades matemáticas de um evento conduzir a resultados positivos ou negativos, como por exemplo a probabilidade de ganhar a lotaria (Dake, 1992; Fox, 1999; Lupton, 1993). Já a partir do século XIX, a noção de risco deixa de ter qualquer associação com a ideia do risco como tendo origem divina e sendo exclusivo do mundo natural para passar a estar associado aos efeitos adversos da industrialização e da ação humana no meio ambiente (Lupton & Tulloch, 2002). Assim, com a modernidade o risco passou a estar associado à probabilidade de ocorrência de efeitos negativos, principalmente decorrentes da ação humana (Fox, 1999), e a partir século XX a noção de risco deixou de ser um termo neutro e passou a estar associada ao perigo, e como tal é visto como um acontecimento negativo ou perigoso (Lupton & Tulloch, 2002) resultante da expansão industrial (Dake, 1992).

O conceito de risco é utilizado nas ciências naturais e biológicas, nas ciências sociais e humanas, assim como em áreas de administração pública e na definição de políticas públicas, o que significa que ele pode adquirir diversos significados. Na maior parte das

vezes, o conceito de risco é associado às perspetivas realistas típicas das áreas técnico-científicas e cognitivas, como as ciências biológicas, a gestão, a medicina, entre outras (Mendes, 2015), onde domina a ideia de que os riscos são fenómenos reais e objetivos que podem ser identificados, medidos, classificados, previstos e prevenidos (Augusto, 2008; Fox, 1999) através de normas rigorosas e de métodos e técnicas quantitativas (Ekberg, 2007). Para estas perspetivas, o risco está sempre associado à ideia de efeito negativo, e como sendo independente dos processos sociais e culturais (Mendes, 2015). No entanto, em áreas como a sociologia, existem também noções de risco associadas ao relativismo cultural e ao construtivismo social que defendem que o risco é real, mas mediado por processos sociais e culturais, assim ele é socialmente construído e como tal qualquer coisa pode ser um risco, tudo depende de como e de quem analisa o perigo (Ekberg, 2007; Mendes, 2015).

3.1. Perspetivas teóricas sobre o risco

Como acabámos de ver, as abordagens do risco podem ser divididas em dois grandes grupos, as abordagens realistas e as abordagens do construtivismo social (Lupton, 1999a; 1999b).

Dentro das abordagens realistas encontra-se a perspetiva técnico-científica do risco, a qual está geralmente associada a disciplinas como a engenharia, a estatística, a medicina ou a epidemiologia, entre outras áreas do saber que tratam o risco como um fenómeno objetivo e suscetível de cálculo estatístico. Os objetivos das disciplinas que seguem esta perspetiva do risco são identificar e/ou calcular os riscos e as suas causas, construir modelos preditivos das relações de risco e das respostas das pessoas aos diversos tipos de risco e ainda propor formas de minimizar os efeitos dos riscos. Para tal, as investigações desenvolvidas neste paradigma seguem uma abordagem racionalista que supõe a medição e o cálculo científico especializado, dando pouca (ou nenhuma) atenção aos contextos sociais, culturais e históricos mais amplos onde se desenvolvem os riscos e as suas análises, e desacreditando as visões leigas sobre o risco, vendo-as como fontes não científicas ou cientificamente inferiores quando comparadas às avaliações “científicas” e “precisas” elaboradas pelos especialistas (Lupton, 1999a;1999b).

Ao não ter em conta os significados simbólicos criados no mundo social e ao posicionar as pessoas fora das estruturas, das relações e das instituições culturais e políticas dentro das quais os indivíduos constroem as suas crenças e desenvolvem o seu comportamento, esta abordagem torna-se reducionista e individualista. Isto porque os indivíduos são vistos como desconectados do seu contexto social e independentes do que os rodeia, comportando-se de maneira ideal e respondendo apenas em função dos seus cálculos de

risco em relação às consequências individuais que esse mesmo risco poderá ter para si (Lupton, 1999b). Tal facto, ignora o carácter sociocultural do risco e torna estas perspetivas insuficientes para compreender a complexidade de respostas, estratégias governamentais, racionalidades, percepções emocionais e estéticas, entre os fenómenos e fatores que este conceito engloba (Zinn, 2006).

Já no polo oposto às abordagens realistas encontram-se as abordagens do construtivismo social, onde se enquadram as perspetivas socioculturais do risco (Lupton, 1999b). Segundo Lupton (1999a), estas podem ser divididas em três: a perspetiva “cultural-simbólica” desenvolvida por Mary Douglas, a perspetiva da “sociedade de risco” de Beck e Giddens, e a perspetiva da “governamentalidade” desenvolvida pelos seguidores de Foucault. As três perspetivas concordam que o risco não deve ser visto apenas como um facto ou fenómeno que pode ser isolado dos seus contextos sociais, culturais e históricos, pelo contrário, o que é considerado como risco, quer por especialistas quer por leigos, é o resultado de processos socioculturais que utilizam a noção de risco para desempenhar certas funções sociais, culturais e políticas com o objetivo de manter a ordem social. Como tal, quando se aborda a questão do risco é fundamental considerar os contextos socioculturais mais amplos nos quais o conceito de risco ganha significado e produz efeitos.

A **perspetiva “cultural-simbólico” do risco** foi desenvolvida por Mary Douglas, e segue uma lógica estrutural funcionalista, uma vez que procura identificar as formas pelas quais as estruturas, as hierarquias e as categorias sociais definem noções, conhecimentos e práticas do risco com o objetivo de manter a coesão e a ordem social, e demarcar-se das outras culturas (Lupton, 1999b).

Para os apoiantes desta perspetiva, as noções risco são mobilizadas para a construção e manutenção de fronteiras entre o Eu e o Outro, através da construção de identidades individuais e de grupo (Mendes, 2015; Zinn, 2006; Lupton, 1999b). Deste modo, os indivíduos escolhem o que temer (e quanto temer) de forma funcional, apoiando determinados modos de vida em detrimento de outros (Dake, 1992; Wildavsky & Dake, 1990). Assim, a percepção do risco é sempre enviesada por grupos sociais que têm legitimidade para definir o que é (ou não) considerado um risco e em que grau isso é (ou não) preocupante (Dake, 1992). Logo as atenções seletivas do risco correspondem a vieses culturais (Wildavsky & Dake, 1990). Isto significa que “(...) *as visões de mundo fornecem lentes culturais poderosas, ampliando um perigo, obscurecendo outra ameaça, selecionando outros para o mínimo de atenção ou mesmo desconsideração (...)*” (Dake, 1992; p.33). Como tal, o que é considerado um risco, e quão aceitável ele é,

será entendido de forma diferente dependendo do grupo a que cada pessoa pertence ou com o qual se identifica (Fox, 1999; Lupton, 1999b). Como tal é de esperar que indivíduos que se encontram em posições sociais diferentes e em fases diferentes da vida possuam também visões diferentes do risco, desta forma os idosos vêem os riscos, nomeadamente aqueles associados à COVID-19, de forma diferente dos outros segmentos da sociedade.

Como pudemos constatar, para a perspetiva do “cultural-simbólico” as noções de risco são “(...) *uma resposta socialmente construída a um perigo "real" (...)*” (Lupton, 1999b; p.40.). Como tal, as noções de risco são formadas com base na cultura, existindo uma noção de risco comum baseada nas obrigações, responsabilidades e expectativas partilhadas pelos membros de uma sociedade (Lupton, 1999a;1999b). Desta forma, é reconhecido que existe uma relatividade cultural dos julgamentos sobre o risco (Lupton, 1999a). Logo, as preocupações com os riscos são culturais e não individuais, pois mesmo quando os indivíduos são confrontados por estimativas e probabilidades referentes ao risco, eles fazem uso de suposições e ponderações culturalmente aprendidas para responder a esse mesmo risco. Assim, segundo Lupton (1999a), as respostas leigas ao risco não devem ser consideradas erradas por serem diferentes das visões dos especialistas, pelo contrário, deve ser reconhecido o seu uso e valor dentro do contexto cultural particular em que são dadas.

Já a **perspetiva da “sociedade de risco”**, desenvolvida por Beck e Giddens, foca os processos macrossociais das sociedades modernas tardias, como a destradicionalização, a individualização, a reflexividade e a globalização, analisando a relação destes processos com o risco e procurando perceber como é que estes contribuíram para a origem daquilo a que os teóricos chamam “sociedade de risco” (Lupton, 1999a; 1999b).

Para Beck, as sociedades ocidentais contemporâneas atravessam um período de mudança da sociedade industrial, ou da primeira modernidade, para a atual sociedade de risco, também chamada segunda modernidade, modernidade tardia ou reflexiva (Lupton, 1999b). Essa mudança está associada à destradicionalização, ou seja, ao colapso de normas, valores, costumes e tradições herdadas, o que acaba com a segurança e previsibilidade das tradições herdadas, como por exemplo a localização da classe, os papéis de género, o casamento, a família, o emprego vitalício e a aposentadoria segura, conduzindo à desintegração e à desorientação (Ekberg, 2007; Lupton & Tulloch, 2002).

Por sua vez, a destradicionalização leva à individualização, pois na ausência de normas, certezas fixas, obrigatórias e tradicionais, e com o surgimento de novos modos de vida, cabe aos sujeitos produzir as suas próprias biografias reflexivas (Lupton, 1999a) e tomar decisões sobre quais riscos estão dispostos a correr (Giddens, 2008), isto faz com que as

crises passem a ser vistas como problemas individuais (Lupton & Tulloch, 2002). Assim, os indivíduos são vistos como agentes de escolha com capacidade de autodeterminação, de decidir por si próprios e moldar os seus próprios caminhos, conscientes dos riscos com que são confrontados no quotidiano (Lupton, 1999b). Desta forma, há uma consciência coletiva de ansiedade, insegurança, incerteza e ambivalência de se viver numa sociedade cada vez mais vulnerável aos riscos imprevisíveis, desconhecidos e sem precedentes (Ekberg, 2007).

Outro aspeto associado à mudança para a sociedade de risco está no próprio carácter do risco. Ao contrário dos riscos das sociedades industriais, que estavam confinados às relações sociais, às redes e comunidades do território do Estado-Nação (Mendes, 2015), os riscos da “sociedade do risco” ocorrem a uma escala sem precedentes, não podendo ser contidos e delimitados espacial, temporal ou socialmente, tendo-se tornado riscos globalizados (Dean, 1999; Lupton, 1999b), ganhando uma dimensão transescalar que afeta o nível local e global (Mendes, 2015) a longo prazo, atravessando barreiras geracionais. Isto tornou os riscos cada vez mais difíceis de calcular, prevenir e evitar, uma vez que as suas consequências passaram a ser indeterminadas dificultando assim a gestão dos riscos (Ekberg, 2007; Giddens, 2008; Lupton, 1999a). Um bom exemplo disso, é precisamente a pandemia COVID-19, que teve origem na China, mas que rapidamente atravessou fronteiras internacionais, tornando-se num risco global, e que por se tratar de um novo vírus desconhecido pelos especialistas, dificultou a sua gestão, expondo assim os limites e a incerteza da ciência, nomeadamente no campo da saúde, uma vez que não existia informação acerca do vírus e esta ia sendo criada e atualizada conforme o desenvolvimento da pandemia. Consequentemente, as entidades promotoras de saúde e os especialistas da área criaram diretrizes e recomendações que estão em contante mudança. Uma vez que a própria ciência falha em dar resposta à natureza indeterminada e em grande escala dos riscos contemporâneos, assiste-se a uma perda de autoridade por parte da ciência e dos especialistas da avaliação de risco (Lupton, 1999b).

A isto soma-se o facto de que, segundo Beck, os riscos teriam um carácter democrático e transversal a todas as classes sociais, logo, todos estariam igualmente expostos ao risco (Ekberg, 2007; Lupton, 1999b; Mendes, 2015). No entanto, essa visão é criticada por diversos autores, como Lupton (1999b), que consideram que apesar dos riscos poderem atingir toda a população, existem grupos sociais que são mais afetados que outros, pois a distribuição dos riscos é desigual, assim como a capacidade de evitar ou minimizar os seus impactos. Desta forma, as desigualdades de classe e de posição social ganharam uma importância acrescida, pois são as diferenças em recursos, principalmente económicos, que permitem aos que estão em vantagem minimizarem a sua exposição aos

riscos, sendo aqueles que estão em desvantagem os que estão mais expostos aos riscos e aos seus impactos. (Mendes, 2015). Assim, a riqueza pode comprar segurança face aos riscos e a pobreza atrai o risco (Ekberg, 2007), como tal, a cada posição social corresponderá uma posição de risco (Lupton, 1999b; Mendes, 2015). Posto isto, e tendo em conta que, como vimos anteriormente, os idosos ocupam baixas posições dentro da hierarquia social, são também estes indivíduos aqueles que se encontram numa posição de maior vulnerabilidade aos riscos, quando comparados à população em geral.

A sociedade de risco difere ainda das anteriores devido à origem dos riscos. Nas eras anteriores, os riscos eram vistos como externos, como por exemplo, secas, terremotos e outros eventos de origem natural (Giddens, 2008), mas os riscos das sociedades contemporâneas são manufacturados, provenientes das decisões humana (Giorgi, 2008; Lupton, 1999b) e da nossa ação sobre o mundo natural através do conhecimento e da inovação tecnológica que saiu de controlo (Ekberg, 2007; Giddens, 2008; Fox, 1999). Isto acontece porque com o avanço da ciência e da tecnologia são criadas situações de risco com consequências imprevisíveis, não intencionadas e de difícil medição. Como tal, o risco deixou de estar apenas associado aos perigos naturais e do acaso para estar também relacionado às incertezas criadas pelo desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da sociedade (Giddens, 2008). Assim, para autores como Beck e Giddens, o risco é entendido como produto da ação humana e da tomada de decisões, o que se traduz numa responsabilização humana na produção e gestão do risco, que confere a este fenómeno um carácter político (Lupton, 1999a;1999b; Lupton & Tulloch, 2002).

O facto de o risco passar a estar a associado à responsabilidade humana acarreta a necessidade de uma posição reflexiva sobre este fenómeno (Lupton & Tulloch, 2002). A sociedade do risco está assim associada à modernidade reflexiva, onde a reflexividade se traduz na reflexão da sociedade sobre si mesma, como forma de autocrítica provocada pelas incertezas do risco vindas das instituições centrais da modernidade tardia – governo, indústria e ciência (Lupton, 1999a; 1999b). A reflexividade é ainda uma resposta à incerteza, em que todo o conhecimento é submetido ao processo reflexivo de revisão, reinterpretação e renovação, fazendo ajustes contínuos que permitem gerenciar e responder aos riscos, às incertezas (Ekberg, 2007) e às mudanças (Giddens, 2008). Desta forma, a reflexividade tem associada a ideia de que todo o conhecimento está aberto à revisão, logo o conhecimento científico sobre o risco é incompleto, podendo mesmo ser contraditório, e incapaz de resolver os problemas causados pela ciência (Lupton, 1999b). Como tal, a opinião de especialistas deixou de ser considerada o único caminho legítimo para o conhecimento e a verdade e os leigos tornaram-se céticos em relação à ciência (Ekberg, 2007).

A “sociedade de risco” expande o conceito tradicional de risco associado à probabilidade de um acontecimento adverso, para incluir a percepção subjetiva e a experiência do risco (Ekberg, 2007). É neste ponto que a perspectiva da “sociedade de risco” de Beck e Giddens se cruza com a “perspetiva do cultural-simbólica” de Mary Douglas, uma vez que ambas procuram demonstrar porque é que os indivíduos e grupos sociais ignoram determinados riscos enquanto consideram outros importantes. No entanto, por ser uma abordagem macrosociológica, destaca a natureza do risco ao nível político e estrutural tornando-se um modelo excessivamente racionalista e generalizador, que não dá importância suficiente ao papel de determinantes sociais, como o género, a idade, a classe social, a etnia entre outras na construção de diferentes conhecimentos de risco e nas diferentes experiências deste fenómeno (Lupton & Tullhoch, 2002).

Por último, para a **perspetiva da “governamentalidade”**, defendida pelos seguidores das ideias de Foucault, para quem o risco é um conceito produzido socialmente, e origina um conjunto de práticas, técnicas e racionalidades, que são utilizadas para controlar as populações e governar as sociedades (Dean, 1999; Zinn, 2006). Nesta abordagem, os discursos, estratégias e práticas governamentais utilizam os conceitos de risco para construir normas de comportamento através das quais os indivíduos e as populações são monitorizados e gerenciados por si mesmos, pelos outros atores, pelas instituições, pelos conhecimentos e práticas quotidianas (Lupton, 1999b). Tal facto é visível no contexto da pandemia COVID-19. Ao ser construída como um risco, esta originou um conjunto de práticas e orientações que devem ser seguidas pela sociedade, de modo a evitar ou minimizar o risco de contágio. No entanto, através destas estratégias, o governo passou a controlar o comportamento dos indivíduos e das populações.

Nos discursos governamentais, os indivíduos são colocados como sujeitos ativos e não passíveis de ser governados. Como tal, em vez de serem policiados direta e externamente por agentes do Estado, são os próprios indivíduos que se políam e que exercem o poder sobre si mesmos, seguindo as normas para alcançar os seus próprios interesses, que se traduzem num autoaperfeiçoamento e na busca pela saúde. Assim, nas estratégias de “governamentalidade” dá-se menos foco à regulação coerciva direta das populações, e mais à regulamentação indireta através da conformidade voluntária dos indivíduos. Isto pode ser observado, por exemplo, no caso dos riscos epidemiológicos, ou seja, no risco de contrair uma doença, como a COVID-19, uma vez que através dos discursos que colocam os indivíduos como estando “em risco” (de contrair uma doença) espera-se que estes tomem medidas voluntárias para reduzir ou evitar a sua exposição ao risco, nomeadamente através da “escolha” de estilos de vida e comportamentos reconhecidos como socialmente adequados. Desta forma, os indivíduos são incentivados a fazerem

uma autorregulação de si mesmos. Tal facto, é um exemplo de “governo à distância” pois depende da participação voluntária de autovigilância e autorresponsabilidade, em vez da intervenção direta do Estado (Lupton, 1999b). Contudo, esta ideia remove a responsabilidade das agências estatais em proteger os indivíduos dos riscos e coloca essa responsabilidade nas mãos dos próprios cidadãos e grupos, o que se traduz numa responsabilidade pessoal pela autogestão do risco e numa privatização dos mesmos. Assim, o governo passa apenas a ser responsável pelo aconselhamento e assistência para a autogestão através do fornecimento de conhecimento especializado e do incentivo para o envolvimento voluntário na prevenção de riscos (Lupton, 1999a). Como tal, os conhecimentos especializados são fundamentais para a governamentalidade pois oferecem às populações os conselhos, as diretrizes e as normas que elas devem seguir (Lupton, 1999b).

Ao focar os discursos sobre o risco, a perspectiva da “governamentalidade” foca as explicações fenomenológicas do risco. Assim, ao contrário da perspectiva da “sociedade de risco”, esta perspectiva está menos preocupada com as macroestruturas que organizam e restringem os significados do risco, e mais no modo como os indivíduos experimentam o mundo através do uso de significados e conhecimentos partilhados pelo senso comum. Como tal, os fenomenologistas defendem que os significados de risco são diferentes de lugar para lugar, e que através dos discursos se pode analisar como é que, embora dentro de estruturas sociais mais amplas, os atores ou grupos específicos dentro de um determinado contexto cultural constroem o seu entendimento sobre o risco através da interação (Lupton, 1999b).

3.1.1 Construtivismo social

Apesar destas três perspetivas socioculturais seguirem uma visão social construtivista do risco, elas fazem-no em diferentes graus de intensidade. A perspetiva da “sociedade de risco” é a que mais se afasta do construtivismo social, aproximando-se de uma posição realista sobre o risco, uma vez que sugere que os riscos são fenómenos objetivos que se estão a propagar e a fugir do controlo humano, fazendo apenas uma distinção entre “riscos reais”, aqueles medidos objetivamente pela ciência, e os “riscos percebidos”, aqueles que são mediados, ampliados e minimizados por processos sociais e culturais (Lupton, 1999a), dependendo de contextos históricos e culturais (Ekberg, 2007). Numa posição intermédia está a perspetiva do “cultural-simbólico”, que, como vimos, dá atenção à forma como esses “riscos reais” são indicados como importantes, em comparação com outros riscos possíveis, e como eles são usados nas relações sociais e culturais para manter o funcionamento do grupo. E adotando a posição mais social construtivista está a perspetiva da “governamentalidade”, que analisa os discursos, o

conhecimento, as técnicas e instituições que conceptualizam o risco, originando-o (Lupton, 1999a). Como pudemos ver, estas perspetivas seguem, com maior ou menor grau, uma visão social construtivista (Lupton, 1999a;1999b) onde a compreensão do risco surge da experiência social e do conhecimento pessoal (Walker, Bisset, & Adam, 2007), sendo produto de formas históricas, sociais, culturais e políticas (Mendes, 2015).

Para o construtivismo social, o risco não é algo totalmente objetivo ou que possa ser entendido fora do contexto e do sistema de crenças e posições morais em que os indivíduos se situam (Lupton, 1999b), pelo que os riscos não são realidades fora da sociedade e da cultura, pelo contrário, eles só existem dentro do conhecimento (científico ou leigo) que existe sobre eles (Fox,1999). Desta forma, o risco só passa a existir socialmente quando os atores sociais o reconhecem como tal. Assim, ele está associado a um conjunto de significados, lógicas e crenças que lhe conferem forma, e só pode ser experienciado e percebido dentro de contextos socioculturais específicos (Lupton, 1999b), podendo ser modificado, ampliado, dramatizado ou minimizado através da sua construção social (Fox, 1999).

Segundo esta linha de pensamento, o conhecimento sobre os riscos, seja por parte dos especialistas seja por parte dos leigos, está inevitavelmente ligado aos contextos socioculturais em que foi gerado e onde está constantemente e ser reconstruído e negociado através da socialização e da interação social (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002). Tal facto significa que, apesar dos especialistas representarem as suas perspetivas de risco como “verdades objetivas”, o conhecimento científico, como qualquer outro tipo de conhecimento, é moldado culturalmente, estando dependente dos contextos socioculturais, e como tal não é isento de valores culturais e sociais. Como tal, os conhecimentos e as definições de risco são dinâmicos e históricos, estando sujeitos a mudança (Lupton, 1999b). Logo, as perceções do risco, não são homogéneas, elas são influenciadas por variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, a etnia, a educação, a orientação sexual, e as experiências anteriores de cada um, entre outras (Ekberg, 2007). Como consequência, existem diferentes perceções do risco (Lupton, 1999b). Deste modo, grupos diferentes de diferentes locais no tempo e no espaço, e até diferentes indivíduos dentro de um único ponto no espaço ou no tempo, podem ver o mesmo risco de formas diferentes (Ekberg, 2007), logo o que é considerado um risco num dado contexto histórico e cultural pode não o ser noutra (Lupton, 1999b).

3.2. Risco, saúde e doença

Como temos vindo a analisar, atualmente surgem novos riscos e desafios, e estes podem afetar o nosso corpo e a nossa saúde (Giddens, 2008), como é o caso, atual e

emblemático, da pandemia COVID-19. Como consequência, a área da saúde começou a preocupar-se com a questão do risco (Gabe, 1995).

Na saúde pública o conceito de “risco” é geralmente utilizado como sinónimo de perigo (Lupton, 1993). Os epidemiologistas calculam o risco ou a probabilidade de uma população desenvolver uma doença quando é exposta a um fator de risco (Gabe, 1995; Lupton, 1993). Com base nessa avaliação, indivíduos ou grupos são rotulados como estando “em risco”, “(...) o que significa que eles estão em perigo de contrair ou desenvolver uma doença ou enfermidade” (Lupton, 1993; p.426). Isto visível no caso dos idosos no contexto da pandemia COVID-19, que foram classificados como “em risco”, uma vez que as consequências de contração da doença são mais graves neste grupo. podendo levar à hospitalização.

O discurso do risco na saúde pública pode ser dividido em duas perspetivas. Na primeira, o risco para a saúde da população é visto como externo e fora do controlo dos indivíduos, como é o caso dos perigos ambientais, como os resíduos químicos. Na segunda perspetiva, os riscos são vistos como consequências das escolhas e de estilos de vida feitas pelos próprios indivíduos, como tal, está associada ao autocontrolo. Consequentemente, os governos, as autoridades promotoras de saúde e os meios de comunicação social realizam campanhas de educação em saúde para que o público tenha consciência de que certas atividades e certos estilos de vida representam um risco para a sua saúde, presumindo que tomando conhecimento e consciência do “comportamento de risco” este será evitado ou alterado (Gabe, 1995; Lupton, 1993). Isso mesmo pode ser observado, por exemplo, nas campanhas massivas de saúde pública global para diminuir a propagação do novo coronavírus, sensibilizando os indivíduos para a lavagem das mãos, a redução do toque facial, o uso de máscaras em público e o distanciamento físico, presumindo que os indivíduos adotarão estas medidas com vista a diminuir o risco de contágio.

As perceções do risco influenciam as tomadas de decisão (individuais e coletivas) relacionadas à saúde e aos riscos, tendo impacto na adoção (ou não) de comportamentos saudáveis, e na aceitação ou rejeição de um certo nível de riscos (Paek & Hoye, 2017). No entanto, as abordagens dos riscos em saúde raramente têm em conta que, por ser um conceito socialmente construído, especialistas e leigos não partilham as mesmas definições e perceções dele (Augusto, 2008)

3.2.1. Risco e conhecimento biomédico

As “sociedades de risco” são também caracterizadas pela biomedicalização da vida. Numa fase inicial assistiu-se à medicalização, o processo através do qual os problemas

sociais são progressivamente definidos, tratados e transformados em problemas médicos. No entanto, com o alargamento das intervenções através de tecnologias biomédicas, como a molecularização e a engenharia genética, e com a padronização dos corpos e dos meios de intervenção, o processo medicalização altera-se, passando a incluir a privatização e o desenvolvimento de sistemas de cuidado de saúde centrados no risco e na vigilância. Como consequência, a noção de saúde associada à biomedicalização surge assente na reorganização dos saberes da biomedicina com base nos conceitos de risco e suscetibilidade, transformando a saúde numa obrigação e responsabilidade individual (Mendes & Ferreira, 2013). A medicina torna-se numa atividade menos orientada para a prevenção, o diagnóstico e tratamento, assistindo-se à passagem para uma medicina da vigilância, predição e gestão do risco (Raposo & Areosa, 2009).

O desenvolvimento científico e tecnológico no campo da medicina permitiu o aumento da capacidade de avaliação e intervenção nas áreas do diagnóstico e da terapêutica, resolvendo vários problemas que até ao momento não tinham solução. No entanto, o aumento das capacidades de manipulação da vida humana através da biomedicina levou ao surgimento de novos fenómenos, de novos problemas e de novas incertezas resultantes da utilização de novas tecnologias e das limitações do conhecimento médico. Tal facto levou à incapacidade de dominar completamente o conhecimento disponível, quer a nível dos benefícios, quer a nível das limitações e dos perigos destas novas abordagens, técnicas e medicamentosas (iatrogénese) (Raposo, 2013). Consequentemente, os médicos e profissionais da medicina são diariamente confrontados com essas incertezas que resultam das limitações do conhecimento médico (Raposo, 2009). Tal facto faz com que as decisões clínicas sejam repletas de incertezas e que as medidas e os procedimentos sejam adotados sem o total conhecimento do seu impacto (Luiz & Cohn, 2006).

Para combater as incertezas, estes profissionais baseiam as suas decisões médicas no conhecimento da biologia molecular e na experiência, o que lhes confere uma visão “objetiva”, que reduz a indeterminação e a complexidade do julgamento clínico sobre os fenómenos de doença a probabilidades estatísticas (Raposo, 2013). Desta forma, os avanços associados à biomedicalização conduziram à redefinição dos conceitos de saúde, doença e doente (Raposo & Areosa, 2009) transformando-os em probabilidades estatísticas. Assim, a biomedicina adotou o conceito de risco enquanto probabilidade de ocorrer um acontecimento adverso relacionado à saúde (Raposo, 2009). No entanto, a adoção da visão do risco, da saúde e da doença enquanto fenómenos probabilísticos, a introdução das tecnologias genéticas e consequente generalização da ideia de que muitos riscos de saúde (ou muitas doenças) são herdadas (Mendes & Ferreira, 2003), assim

como a transição de um contexto onde predominavam as doenças infecciosas para um contexto onde predominam as doenças crónicas, fez com que o conceito de risco epidemiológico se soltasse do seu carácter coletivo, enquanto probabilidade de uma dada população ou grupo desenvolver uma doença, para um risco epidemiológico associado à suscetibilidade individual. Assim, o risco biomédico começa também a referir-se à probabilidade individual (Luiz & Cohn, 2006).

Todos estes aspetos conduzem a um novo perfil da medicina associado à previsão e gestão do risco em função do conhecimento das predisposições genéticas “diagnosticadas” pelas novas tecnologias, nomeadamente através dos testes de diagnóstico genético, passando as abordagens médicas a estar colonizadas pela perspectiva genética e pelo entendimento molecular da doença (Raposo, 2013). No entanto, estes avanços da biomedicina contribuíram para uma visão reducionista e mecanicista do corpo, da saúde e da doença, uma vez que os recursos tecnológicos substituem a observação direta efetuada pelo médico, desvalorizam a observação direta do doente (Raposo & Areosa, 2009) e reduzem os organismos vivos aos seus genes (Raposo, 2013). Desta forma, é deslocada a atenção do indivíduo doente como um todo, para o interior do seu corpo, havendo um reducionismo centrado nos órgãos e nos elementos que o constituem, afastando-se assim de uma visão biopsicossocial da doença (Raposo, 2009) e negligenciando os contextos sociais, psíquicos e biográficos (McDaniel, 2013). Assim, os recursos tecnológicos contribuíram para a prevalência da visão mecanicista do corpo humano, segundo a qual este se assemelha a uma máquina que pode ser separada em partes e cada parte pode ser estudada separadamente (Raposo & Areosa, 2009).

Consequentemente, segundo Carapinheiro (2007; p.191), “(...) os *objectivos da intervenção médica se ampliaram para além do ‘tratar’, ‘cuidar’, ‘prevenir’, ‘recuperar’, para progressivamente abrangerem os objectivos de ‘aconselhar’, ‘guiar’, ‘educar’, ‘prever’, ‘gerir’ e ‘acompanhar’*”, contribuindo assim para o surgimento da medicina preventiva. Esta caracteriza-se pelo domínio da saúde e dos indivíduos “em risco” e pela ausência das categorias de doença e doente que delimitam a medicina curativa e paliativa (Mendes & Ferreira, 2013; Raposo, 2013). Isto porque, para esta medicina a doença é substituída pelo “risco de doença”, que se converte numa condição clínica, e os doentes são substituídos por um novo tipo de doente, o pré-doente. Os pré-doentes são indivíduos que não se encontram doentes, mas que lhes foi determinado com grande ambiguidade que eles têm a probabilidade de desenvolver uma patologia, contudo ainda não a desenvolveram e apenas se encontram predispostos para ela, podendo o cálculo da probabilidade de ficar doente não se realizar, uma vez que o risco de doença não está

apenas numa dada alteração num gene, existe uma complexidade de fatores não “probabilizáveis”, como é o caso dos fatores ambientais e das determinantes sociais que influenciam a saúde e a doença (Raposo, 2013; Raposo & Areosa, 2009). O rótulo de pré-doentes é aplicado no contexto pandémico atual aos idosos, isto porque por serem considerados “em risco” de contrair COVID-19 e poderem vir a apresentar quadros clínicos graves, estes indivíduos são tratados como “doentes”, apesar de poderem não vir a desenvolver a doença, apenas têm uma maior probabilidade de a contrair de forma mais grave.

Esta ideia de que através da localização e identificação dos riscos (genéticos) é possível prever o aparecimento de patologias (Mendes & Ferreira, 2013), associada aos estudos epidemiológicos que tentam estabelecer relações entre a ocorrência de doenças e os estilos de vida dos indivíduos identificando hábitos nocivos para a saúde (Luiz & Cohn, 2006), contribui para a possibilidade de construir um “estilo de vida ideal” para cada indivíduo, com o objetivo de orientar o comportamento dos sujeitos. No entanto, esta abordagem dos estilos de vida conduz à individualização e privatização da responsabilidade pelos riscos em saúde (Mendes & Ferreira, 2013), uma vez, que torna os indivíduos responsáveis por diminuir os riscos e os impactos da doença de modo a não colocar em causa o seu bem-estar ou a bem da sociedade (Lupton, 1993). Assim, o papel do doente (e do pré-doente) nas sociedades contemporâneas transforma-se numa responsabilidade individual pela minimização de riscos através da alimentação saudável, do controlo do peso e prevenção de comportamentos de risco, em suma através da adoção de estilos de vida saudáveis (McDaniel, 2013) que, segundo esta perspetiva, dependem apenas das escolhas individuais de cada um (Tavares, 2020). Seguindo esta lógica da perspetiva biomédica, no contexto da pandemia COVID-19, ser declarado como “em risco” ou como pré-doente traduz-se na responsabilidade individual de fazer um autoisolamento e evitar a todo o custo os riscos de contaminação. Tal facto, não tem em conta os determinantes sociais e as variáveis sociais que influenciam a possibilidade de isolamento e as condições de isolamento, e pode conduzir ainda a uma (auto)culpabilização dos indivíduos em caso de infeção.

Essa promoção do indivíduo enquanto consumidor e usuário de serviços de saúde (Dean, 1999) transforma-o num cidadão ativo que gere a sua condição biológica e faz surgir um novo tipo de cidadania, a biocidadania. Este tipo de cidadania está associado à imagem do indivíduo que se reconstrói e age com base na biotecnologia, quer enquanto tecnologia, quer enquanto fonte de informação e poder, em suma que baseia as suas escolhas na biomedicina (Tavares, 2020) e que usa as informações biomédicas para adaptar os seus comportamentos eliminando os riscos e podendo assim alcançar a saúde

plena (Luiz & Cohn, 2006). Deste modo, segundo Mendes e Ferreira (2013; p.150) a biocidadania “(...) exige uma constante vigilância da saúde e obriga o indivíduo a ocupar-se continuamente da gestão do risco, a monitorizar e avaliar o seu estado físico, psíquico, as suas emoções e o conhecimento (...)” através do autoescrutínio e do autocontrolo, que como vimos anteriormente são uma forma de monitoramento dos indivíduos (Luiz & Cohn, 2006) e de “governo à distância” (Lupton, 1999b).

Esta visão exclusivamente fisiopatológica da saúde-doença ignora a dimensão social das doenças (Luiz & Cohn, 2006) e contribui para a falsa ideia de “controlo sobre o próprio destino” (Popay et al, 1998), uma vez que não tem em conta que os estilos de vida não dependem apenas das escolhas práticas individuais, pois eles cruzam as escolhas individuais com as possibilidades de agir que os sujeitos têm dentro das condições sociais de existência originadas por diferentes tipos de recursos e de capitais. Desta forma, os estilos de vida refletem as diferenças culturais e de classe entre os grupos, dão origem a diferentes modos de ser, fazer e viver o quotidiano. Logo, o grupo social em que estamos inseridos e no qual somos socializados influencia as nossas ideias de saúde e doenças, as crenças e conhecimentos acerca do nosso corpo (L. Silva, 2013) e os nossos comportamentos de risco. Em suma, os estilos de vida são condicionados pelos fatores estruturais e pelas condições sociais de existência, logo uma abordagem centrada na biologia que leva à responsabilização individual (Tavares, 2020) pela mudança de hábitos e comportamentos, opõe-se à saúde como direito levando à desresponsabilização do Estado na proteção dos riscos e na mudança estrutural (Luiz & Cohn, 2006).

3.2.2. Risco e conhecimento leigo

Enquanto o conhecimento pericial, como o conhecimento biomédico, diz respeito aos saberes profissionais e especializados baseados no conhecimento científico e “objetivo”, o conhecimento leigo diz respeito às “(...) ideias e perspetivas das pessoas que, não têm formação académica específica nem desenvolvem atividades profissionais especializadas no domínio da saúde (...)”, e como tal “(...) mobilizam saberes, perceções e noções para interpretar as suas experiências quotidianas (...)” (Tavares, 2020; p.50), assim como as experiências das pessoas que as rodeiam e com quem interagem, acerca da saúde, da doença e do risco, atribuindo-lhes significados.

Porém, nas sociedades contemporâneas ocidentais, a população possui maiores níveis de escolaridade e há uma maior disseminação dos conhecimentos científicos (Tavares, 2020), como tal, há um maior diálogo entre especialistas e leigos (Popay et al, 1998), tornando a fronteira entre os dois conhecimentos cada vez mais ténues, assistindo-se à inclusão de parte dos saberes periciais nos saberes e conhecimentos leigos acerca do

mundo, dando origem àquilo que Tavares (2020; p.50) chama de “*pericialização dos saberes leigos*”. No entanto, apesar dessa maior adesão aos conhecimentos e soluções facultadas pelos especialistas de modo a prevenir ou diminuir os riscos, as percepções leigas continuam a ter uma lógica própria que não é passiva, emergindo da intersecção entre as influências dos especialistas, as influências sociais e culturais, a reflexividade dos indivíduos através da sua própria interpretação e da gestão da informação adquirida de diversas formas e fontes (Tavares, 2020), nomeadamente, através da própria experiência e observação acerca da saúde, da doença e do risco (Lupton, 1999a; Popay & Williams, 1996). Assim, as referências que os indivíduos têm para a organização da vida e da saúde não se resumem às da medicina nem às formas de conhecimento especializado que o saber biomédico divulga através de “(...) *recomendações, orientações, guias de conduta, manuais de aconselhamento, medidas de prevenção (...)*” (Carapinheiro, 2011; p.61)”. Como tal, no contexto da pandemia COVID-19, as pessoas fazem uso não só das recomendações transmitidas pela DGS e pelos meios de comunicação social, mas também das suas experiências de vida pessoais e coletivas para lidar com o risco de contaminação e contração da COVID-19.

Apesar dos riscos serem debatidos pelos atores especializados ao nível da responsabilidade pública, para a maior parte dos indivíduos os riscos são tratados ao nível do local, do privado e do quotidiano, tendo como base os seus próprios conhecimentos situados acerca do mundo para a construção e entendimento dos riscos (Lupton, 1999b). Como tal, quando comparados aos conhecimentos especializados, os conhecimentos leigos são mais contextuais, mais localizados, individualizados e reflexivamente conscientes da diversidade e da mudança (Lupton & Tulloch, 2002) proveniente da interação entre as experiências pessoais, as redes locais de conhecimento e os conhecimentos especializados (Lupton, 1999b) Assim, pertencer a grupos culturais e sociais influencia a construção de significados leigos sobre o risco (Lupton & Tulloch, 2002). Seguindo esta linha de pensamento, a experiência subjetiva do risco pode ser diferente da descrição biomédica do mesmo fenómeno, uma vez que as percepções individuais são construções culturais influenciadas por fatores sociais e históricos (Augusto, 2008).

A tomada de decisão dos indivíduos sobre o risco depende da situação e do contexto, e resulta de percepções de risco socialmente situadas. Consequentemente, os riscos biomédicos definidos pelos especialistas fazem parte de um contexto mais amplo onde se encontram em conjunto com vários outros riscos que podem ser vistos pelos atores sociais como sendo mais importantes. Assim, a gravidade do risco pode ser divergente entre especialistas e leigos, pois os atores sociais podem considerar uns riscos mais

importantes que outros (Rhodes, 1997). Isto é visível quando em contexto pandémico alguns indivíduos, nomeadamente aqueles com baixo estatuto socioeconómico e com trabalhos precários, decidem correr o risco de infeção, continuando a trabalhar para manter a sua fonte de rendimento e não agravar o seu risco de pobreza. Mas, a ordem e a gravidade dos riscos não variam apenas de acordo com o tipo de comunidade em que os indivíduos estão inseridos, elas também são influenciadas pelas experiências e histórias pessoais de cada um (Mendes, 2015). Isto significa que as reflexividades leigas não envolvem apenas a avaliação racional e individualista dos conhecimentos especializados, elas incluem o conhecimento desenvolvido através da experiência, da observação e das interações com os outros atores no quotidiano. Como tal, as perceções e os entendimentos leigos acerca do risco são criados ao longo da vida através de experiências pessoais que ocorrem dentro de meios sociais e redes de comunicação em que os indivíduos estão inseridos (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002).

Assim, a localização social das pessoas e a base material da sua vida molda a sua perceção de riscos e o comportamento em resposta ao risco (Williams, Popay & Bissel, 1995). O que significa que a posição no curso de vida, o género, a idade, a identidade sexual, a classe e outros determinantes sociais influenciam a subjetividade e a forma como as pessoas se posicionam face aos riscos (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002). Como tal, cada indivíduo faz a sua própria interpretação e gestão da informação, o que significa que dentro do grupo dos leigos o risco é entendido e percebido de diferentes formas por diferentes pessoas ou grupos, podendo mesmo ser associado a algo positivo e que poderá trazer benefícios. A isto soma-se ainda o facto de que, como vimos, a reflexividade implica a constante atualização de conhecimentos, e como tal as perceções do risco são dinâmicas, mudando ao longo da vida e conforme as prioridades de cada um (Lupton & Tulloch, 2002).

Além disso, o facto de os universos leigos serem heterogêneos e constituídos por indivíduos situados em diferentes espaços sociais (McDaniel, 2013), com diferentes capitais (social, cultural ou simbólico) e recursos cognitivos (que vão desde indivíduos que não têm escolaridade, como é o caso do grupo dos idosos, aos detentores de graus académicos elevados) (Tavares, 2020), faz com que existam diferenças nas capacidades de os indivíduos refletirem e gerirem as informações e as situações de risco (Grinyer, 1995). É neste sentido que Lash (1995) faz a distinção entre “vencedores da reflexividade”, ou seja, aqueles que têm acesso à informação e literacia para interpretar essa mesma informação, nomeadamente aqueles que possuem mais recursos económicos e mais habilitações, o que lhes permite envolver-se em formas de reflexividade e autorreflexividade, e os “perdedores da reflexividade”, aqueles que são

socialmente desprivilegiados e como tal não têm acesso à informação e ao conhecimento e têm maior dificuldade em interpretá-lo (Lupton, 1999b). Assim, nas sociedades da modernidade reflexiva, a acumulação de capital é ao mesmo tempo a acumulação de informação (Lash, 1995) e de poder para exercer a biocidadania e agir de acordo com um “bom biocidadão”, como o complexo biomédico espera que aconteça.

As respostas ao risco podem ainda ser entendidas como fenómenos estéticos, afetivos, emocionais e hermenêutico, baseados nas experiências quotidianas e nas relações sociais enquanto membros de subgrupos culturais e não como indivíduos independentes, pelo que as respostas a este fenómeno podem não ser reflexivas (Lupton, 1999a; Lupton & Tulloch, 2002). Surge então um tipo de reflexividade diferente da reflexividade cognitiva e consciente de Beck e Giddens, a que Lash (1995) chama reflexividade estética. Este tipo de reflexividade encontra-se integrada nos aspetos da vida, na participação em grupos subculturais, na intuição, sentimento e emoção, e como tal depende da participação dos indivíduos numa comunidade e de “(...) *suposições, preferências e categorias compartilhadas moral e culturalmente aprendidas (...)*” (Lupton, 1999b; p.121) que levam a uma habituação socializada (Rhodes, 1997). Deste modo, a reflexividade estética em vez de envolver conceitos e informação, julgamentos morais e cognitivos (Lash, 1995), envolve imagens, sinais e símbolos, intuição e imaginação (Lupton, 1999b). Isto quer dizer que nem sempre as respostas ao risco são racionais e requerem ações conscientes, reflexivas e ponderadas, podendo ser baseadas no “habitual” e ocorrer de forma inconsciente. Essa habituação ao risco deve-se aos processos de aculturação através do *habitus*, uma vez que é assim que interiorizamos formas de pensar e de agir que fazem parte do grupo em que estamos inseridos. Essa interiorização acontece de forma inconsciente e automática, através da socialização, de hábitos e rotinas quotidianas. Deste modo, a habituação ao risco ao longo do tempo pode fazer com que alguns riscos se tornem algo comum da rotina, da vida quotidiana das pessoas, o que faz com que, por um lado, as pessoas adotem medidas de prevenção contra estes fenómenos por hábito, agindo por repetição e não refletindo sobre os riscos e as suas consequências (Lupton, 1999b), e por outro, faz com que esses riscos a que estamos habituados sejam vistos como menos perigosos que os outros (Rhodes, 1997).

Como pudemos ver, não se trata apenas das pessoas escolherem em qual conhecimento especializado vão confiar para basear os seus julgamentos sobre o risco. Trata-se antes dos atores leigos construírem os seus próprios conhecimentos especializados com ou sem a utilização dos conhecimentos periciais sobre o risco, e enquanto membros de grupos e redes sociais (Lupton, 1999b).

3.2.3. Como se relacionam os conhecimentos biomédicos e os conhecimentos leigos?

Apesar de cada vez mais os saberes leigos incorporarem em si saberes periciais, os dois não se encontram ao mesmo nível (Carapinheiro, 2007). É possível reconhecer que “(...) *as populações leigas e especialistas profissionais diferem não apenas na extensão e sofisticação dos cálculos que fazem, mas também em termos dos conceitos ou quadros dentro dos quais esses cálculos ocorrem*” (Williams, Popay & Bissel, 1995; p.121). Ou seja, existe na mente do público um conjunto de quadros explicativos e crenças, diferentes dos quadros explicativos dos especialistas, que são utilizados para reconhecer causas, doenças e problemas de saúde e que permitem identificar possíveis caminhos de tratamento (Davison et al, 1991). Além disso, os quadros através dos quais os leigos atuam frente ao risco são, como vimos, negociados e construídos socioculturalmente (Williams, Popay & Bissel, 1995). Segundo esta linha de pensamento, leigos e especialistas terão diferentes visões acerca da pandemia COVID-19 e dos riscos a esta associados.

Estas racionalidades alternativas são designadas por Silva e Alves (2011) por racionalidades leigas ou conhecimentos leigos, e são muitas vezes retratadas pelos especialistas como produto da ignorância (Williams & Popay, 1994), imprecisas e irracionais, por não seguirem as avaliações racionalistas-calculativas da ciência (Lupton, 1999b). No entanto, embora as crenças leigas possam parecer carecer de conhecimento anatómico e fisiológico e ser baseadas em emoções fortes, elas têm uma coerência lógica proveniente da reconstrução de narrativas que relacionam a doença com a percepção que os indivíduos têm do seu lugar no mundo (Williams & Popay, 1994), incorporando diferentes formas de conhecimento e de saber que estão interrelacionadas, integrando, por exemplo, o natural, o mágico-religioso, o sociopolítico, entre outras formas de conhecimento que se encontram em constante reconstrução através da reflexividade. Assim, por as racionalidades leigas entenderem a saúde e a doença com base no conhecimento através da experiência (Silva & Alves, 2011), e por incluírem as estruturas culturais e significados que moldam a subjetividade, as relações sociais, institucionais e estruturais dentro das quais os indivíduos desenvolvem as suas ações, elas fazem sentido dentro do contexto da situação de vida dos indivíduos (Lupton, 1999b).

Deste modo, essa tal “rejeição irracional” pode na verdade ser propositada, pois os atores leigos podem ver as suposições periciais como “(...) *ingênuas sobre um mundo ideal (...)*” (Grinyer, 1995; p.32), não correspondentes às realidades (sociais e materiais) que eles vivem no seu quotidiano, e, como tal, os comportamentos que esperem que eles tomem são impraticáveis, pois, não podem ser aplicados nos seus contextos, acabando assim por

rejeitar as suposições periciais. Isto é observável no contexto pandémico atual quando um especialista de saúde pública recomenda o distanciamento social e a evitação de multidões, mas há indivíduos que por não poderem recorrer ao teletrabalho e por usarem os transportes públicos como meio de deslocação não podem seguir essas recomendações. Ou ainda no caso dos indivíduos mais desfavorecidos, como os idosos, que têm dificuldade em cumprir as recomendações da lavagem das mãos, uma vez que não têm meios materiais para isso (Bavel et al, 2020). Neste sentido, segundo Williams & Popay (1994; p.120), os atores leigos desenvolvem uma “epidemiologia popular”, em que “(...) conceituam e reúnem informações sobre problemas de saúde e riscos (...)”, reunindo “(...) diferentes aspetos da experiência da pessoa quanto ao início, curso e efeitos da sua doença (...)” de modo a tentar entender as suas causas, tal como acontece com as ciências objetivas, que procuram criar hipóteses causais para os acontecimentos ou fenómenos em estudo. Assim, as perceções leigas de risco são baseadas em conhecimentos que devem ser reconhecidos como tão importantes e racionais como as perceções científicas (Lupton, 1999b).

A isto soma-se o facto de, como já foi referido, na modernidade reflexiva haver um declínio da confiança e da autoridade dos especialistas, aumentando o reconhecimento do status indeterminado do conhecimento sobre o risco. Como tal, os conhecimentos dos especialistas estão constantemente abertos a escrutínio e a contestação, podendo ser aceites ou rejeitados com base na interpretação que os leigos fazem dele (Gabe, 1995). Consequentemente, existem várias forças sociais que moldam a forma como a informação é percebida e tratada, sendo essas formas subestimadas pelos responsáveis da avaliação de risco, o que pode levar a comportamentos diferentes das previsões oficiais (Grinyer, 1995).

Como vimos, as informações periciais e oficiais são apenas uma das várias formas de compreender o risco (Grinyer, 1995). No entanto, pelo facto dos conhecimentos leigos serem vistos como irracionais e imprecisos, e os conhecimentos periciais como “objetivos” e de base científica, raramente são os leigos que desempenham o papel de construir os objetos de risco ao nível do debate público. Em vez disso, são os conhecimentos especializados, principalmente os provenientes das ciências biomédicas, que se tornam centrais para a construção e divulgação de riscos (Lupton, 1999b).

3.3. Quem define os riscos e os grupos “de risco”?

Não é apenas a distância criada pela dicotomia saber científico e saber do senso comum que faz com que sejam os especialistas a definir os riscos. A isso soma-se, no caso

particular da saúde, a hegemonia do complexo biomédico e o estatuto social do profissional de saúde, que concentra em si poder e autoridade (L. Silva, 2013).

Nas sociedades pré-modernas, segundo Giddens (2008), a família era a principal instituição responsável por lidar com a doença, havendo alguns indivíduos que prestavam cuidados de saúde como, por exemplo, os curandeiros ou as parteiras. Nesta época, as pessoas dependiam dos “(...) *medicamentos populares, tratamentos e técnicas de cura que passavam de geração em geração*” (idem; p.155) e as doenças eram associadas a perspectivas mágicas e religiosas, como sendo obra de espíritos malignos ou castigos divinos por pecados cometidos. Assim, a saúde era um assunto da esfera privada e não existia uma autoridade que dominasse a saúde, havendo uma grande variedade de pessoas envolvidas nos cuidados e não sendo uma prática exclusiva da medicina. Porém, no século XVII, há um aumento do conhecimento acerca do mundo biológico que leva à construção de instrumentos de intervenção médica cada vez mais sofisticados e ao surgimento do modelo biomédico (Carvalho et al, 2008). Este modelo está associado à ideia de que a razão e a ciência estão acima de qualquer tipo de conhecimento, e aplica a ciência ao diagnóstico e ao processo de cura, definindo a doença de forma objetiva de acordo com sintomas observáveis no corpo (Giddens, 2008). Deste modo, o corpo é visto como uma máquina que pode ser reparada (Tavares, 2020), logo a doença é uma quebra do funcionamento “normal” do corpo humano, e como tal é dentro do corpo passivo, que deve ser feita a intervenção médica. Neste sentido, o médico deve ter um “olhar clínico” (*medical gaze*) observando e tratando o corpo de forma distante, racionalista, objetiva e neutra, focando-se apenas na cura (Giddens, 2008). Ao longo do século XIX assistiu-se a um maior crescimento deste modelo “(...) *através de avanços significativos nos conhecimentos e nas tecnologias médicas, que tornaram as intervenções médicas e cirúrgicas mais seguras e mais eficazes (...)*” (Carapinheiro, 2005; p.389). Segundo Popay & Williams (1996; p.759) tal facto “(...) *permitiu que a ciência médica dominasse pela primeira vez os «amadores não treinados» no campo da saúde (...)*”. E assim, o cuidado do doente desloca-se progressivamente para os hospitais (Giddens, 2008), onde a prática médica e a produção de conhecimento médico ocorre, devido à diversidade de patologias que está à disposição destes especialistas, dando poder à profissão médica (Carapinheiro, Serra & Correia, 2013).

A legitimidade da medicina, enquanto o único conhecimento autorizado, é também assegurada através da formação dos profissionais em universidades. Esse treino serve como forma de validação das competências médicas e, conseqüentemente, da desvalorização de outros tipos de conhecimento (Obach & Sadler, 2009; Sánchez, 2015).

Assim, os especialistas médicos com formação académica são considerados os únicos profissionais com capacidade de tratar a doença (Giddens, 2008).

O poder da medicina é ainda consolidado pelo facto de com a industrialização e o aparecimento do estado-nação ter havido um aumento da preocupação com a saúde da população, pois esta influenciava a produtividade nacional e as taxas de crescimento da nação (Giddens, 2008). Assim, a doença passou a ser considerada um problema económico e político para o qual era necessário desenvolver políticas de saúde que assegurassem a ordem, a riqueza e a saúde (Carapinheiro, 2005). Como tal, foi atribuída à medicina e aos seus profissionais o papel de zelar pelo bom estado de saúde da população, para que esta pudesse desempenhar o seu normal funcionamento mantendo a harmonia do sistema (Tavares, 2020).

Esta passagem do cuidado dos doentes da esfera privada para a esfera pública, contribuiu para os hospitais se transformarem em instituições de controlo social (Giddens, 2008) e tornou a saúde pública medicalizada (Popay & Williams, 1996), permitindo à medicina exercer um papel de controlo social (Carapinheiro, Serra & Correia, 2013). Tudo isto, aliado ao desaparecimento das formas tradicionais de cura, fez com que a prestação de cuidados médicos formais por parte dos especialistas treinados se tenha tornado a forma mais aceite de tratar as doenças físicas e mentais, tornando os indivíduos dependentes dos médicos e transformando a medicina num instrumento de reforma dos comportamentos e práticas que eram vistos como desviantes numa determinada sociedade (Giddens, 2008).

À medida que a medicina se tornou mais "científica" e a instituição do hospital mais dominante, a visão do paciente foi excluída, quer porque era considerada marginal à prática da medicina quer porque a sua subjetividade comprometeria o "olhar clínico" que é a condição máxima do conhecimento médico (Williams & Popay, 1994). Assim, o modelo biomédico teve a capacidade de se impor, teve sucesso em fazer valer a superioridade e a legitimidade do seu conhecimento, o que fez com que a medicina e os profissionais de saúde passassem a ser vistos como a autoridade mais importante dos nossos tempos (Sánchez, 2015).

Deste modo, o discurso médico ganhou poder institucional e legitimidade social para regular a vida através da atribuição dos rótulos de saudável ou doente, ditando o que é considerado normal ou não (Sánchez, 2015). Tal facto, fez com que passasse a fazer parte do papel da medicina e do seu grupo de profissionais delimitar os contornos da doença, e definir as práticas e os estilos de vida que são (ou não) saudáveis, ditando o que se deve ou não deve comer ou qual o estilo de vida mais apropriado (Tavares, 2020). Através

dessas orientações médicas, o conhecimento médico-científico consegue controlar o modo como as pessoas pensam sobre si mesmas, sobre os seus corpos e a saúde, e controlar os seus comportamentos, fazendo uso do biopoder, um mecanismo de poder aplicado pelos estados capitalistas modernos para controlar a população sob a desculpa da saúde enquanto valor supremo (Sánchez, 2015).

Esse exercer de poder dos Estados sobre a população sob a desculpa da saúde enquanto valor supremo, é claramente visível no contexto da pandemia COVID-19, uma vez que os governos declaram sucessivos Estados de Emergência que suspendem alguns dos direitos dos cidadãos exercendo controlo sob a população.

Ao associar as políticas públicas de saúde à promoção da saúde e aos estilos de vida saudáveis, a medicina exerce pressão para a normalização dos corpos (Carapinheiro, Serra & Correia, 2013) e dos comportamentos, contribuindo, simultaneamente, e como já referido, para o desenvolvimento de culpabilização e autculpabilização dos doentes pelo seu estado de saúde e consequente desresponsabilização do Estado, assim como para a promoção da vigilância e da autovigilância. Os quadros de vigilância e autovigilância desenvolvem-se segundo determinadas normas culturais apresentadas como “normais” (Tavares, 2020). Isto porque, como temos vindo a analisar, o conhecimento médico não resulta apenas de imperativos tecnológicos e “cientificamente objetivos”, ele é socialmente construído, incluindo as interpretações e juízos de valor subjacente aos raciocínios sociais, às experiências, aos contextos e aos quadros sociais em que as doenças e as práticas médicas se desenvolvem. Ou seja, este conhecimento “(...) não é independente (...) do espaço, do tempo e dos valores sociais incorporados nas diferentes culturas” (Tavares, 2020; p.52), ou dos preconceitos institucionais do governo e especialistas da área (Wilkinson, 2001), podendo as estimativas das probabilidades e a magnitude dos cálculos objetivos sobre o risco ser ampliadas ou atenuadas com base nos interesses dos grupos mais poderosos (Ekberg, 2007).

Como pudemos observar, há relações assimétricas entre os peritos e os cidadãos comuns, o que reflete as desigualdades de poder das estruturas sociais. Consequentemente, só os decisores e os peritos têm poder para definir “(...) quais são os problemas e os riscos, quais as melhores estratégias de prevenção, quais as melhores técnicas de intervenção, e, (...) quem está em risco, quem pode e deve ser intervencionado” (Mendes, 2015; p.28).

Quando uma instituição poderosa, como o complexo biomédico, rotula ou define os riscos, estes podem ser classificados como externos ou internos, o que irá influenciar os julgamentos morais acerca da culpa e da responsabilidade dos indivíduos e dos grupos em colocar a saúde em risco. Desta forma, perante o risco pode-se culpar a vítima ou um

inimigo externo, em qualquer um dos casos o risco serve para manter a coesão social de uma sociedade, quer através da proteção e controlo social, quer fortalecendo a lealdade do grupo na luta contra o inimigo externo (Lupton, 1993).

Segundo a teoria da rotulagem, agentes rotuladores pertencentes a grupos dominantes, como a biomedicina, definem o que é “normal” e o que é considerado desvio e rotulam os indivíduos ou grupos como desviantes (ou não) expressando a estrutura de poder de uma determinada sociedade com o objetivo de manter essa mesma estrutura (Giddens, 2008). Assim, as definições de risco e de “grupos de risco” expressam as tensões existentes nos contextos sociais e culturais (Lupton, 1993). Desta forma, ao rotular um grupo como “em risco” ou “de risco” pode estar a posicionar-se os seus membros como vulneráveis, passivos, impotentes e fracos ou como perigosos. Em ambos os casos, estes grupos sociais passam a exigir formas específicas de conhecimentos e intervenção, e uma atenção especial que os coloca numa rede de vigilância, monitoramento e intervenção (Lupton, 1999b) que pode levar à sua exclusão (Dean, 1999).

Como tal, ao declarar os idosos como “em risco” no contexto da pandemia atual, passou a reconhecer-se que este grupo necessitava de uma maior intervenção e vigilância, que se traduziu na ideia generalizada de distanciamento e isolamento deste segmento da população.

Além disso, para a teoria da rotulagem, os rótulos produzem identidades próprias que levam as pessoas a adotar comportamentos que vão ao encontro do rótulo que lhe foi atribuído (Giddens, 2008). Desta forma, espera-se que ao serem classificados como “em risco” de serem vítimas ou de perpetrar riscos estes sujeitos assumam o controlo para prevenir o risco através das suas próprias ações (Lupton, 1993). O que no contexto da pandemia COVID-19 se traduz num autoisolamento.

Uma vez que deve haver um monitoramento constante para evitar comportamentos que foram identificados como desviantes e que ameacem a saúde (Lupton, 1993), “estar em risco” significa ser culpado pela sua vulnerabilidade, pois quer dizer que não foram tomadas as medidas preventivas indicadas pelos especialistas para evitar essa situação, tendo-se submetido ao risco de forma voluntária (Lupton, 1999b). Partindo desta ideia, é comum ignorar as verdadeiras razões por detrás da má saúde dos indivíduos e culpar a vítima, expressando indignação com o comportamento considerado socialmente inaceitável, de modo a exercer controlo sobre o indivíduo (Lupton, 1993). Assim, segundo Williams, Popay e Bissel (1995; p. 120), através da individualização e da abordagem dos estilos de vida, o complexo biomédico “(...) *leva à patologização de condutas típicas, à rotulagem do comportamento social de acordo com a construção*

estereotipada de fracasso moral e inadequação pessoal e ao fomento de uma abordagem punitiva de acusação de vítima (...). Isto conduz à estigmatização de diferentes modos de vida que diferem do estilo de vida considerado aceitável. Desta forma, a rotulagem proveniente do “olhar médico”, pode levar à estigmatização, o que se traduz na desvalorização social de determinados indivíduos e grupos sociais com base em estigmas, ou seja em “(...) características, condições, atributos, traços ou comportamentos distintivos que são definidos (...) socialmente como negativos por se afastarem da “norma” e/ou estereótipo (...)” (Tavares, 2020; p.61). Consequentemente, o rótulo “em risco” passa a estar associado a um estigma, que irá influenciar a forma como o indivíduo é visto e tratado pelos outros. Tratamento esse que, segundo Giddens (2008), está associado a hostilidades e inferiorização. Assim, o rótulo “em risco”, que é atribuído a determinados grupos como o dos idosos, é muitas vezes utilizado para reforçar o status vulnerável e marginalizado dos indivíduos, conduzindo “(...) a sentimentos de medo e ansiedade aumentados, (...) intimidação, violência ou coerção (...)” (Lupton,1999b; p.150).

O “olhar médico” vai além das relações médico-paciente e estrutura a forma como entendemos, regulamos e experimentamos os nossos corpos, os sintomas e como nos vemos a nós mesmos (McDaniel, 2013). Deste modo, a rotulagem não afeta apenas a forma como os outros veem o indivíduo, ela influencia também forma como o indivíduo constrói a sua própria identidade (Giddens, 2008) e a forma como vive. Por exemplo, como vimos anteriormente, tipicamente, a biomedicina, através da análise genética, classifica os indivíduos “em risco” como pré-doentes (Raposo, 2013). No entanto, ser diagnosticado e, consequentemente, rotulado como pré-doente tem impacto na vida dos indivíduos. Este rótulo faz emergir uma nova racionalidade moldada pela ideia de uma potencial futura doença, o que irá refletir-se em novos medos individuais e incertezas biográficas por parte dos indivíduos assim rotulados (Mendes & Ferreira, 2013). Assim, os indivíduos a quem é feito esse diagnóstico passam a viver de uma forma única porque, apesar de ainda não serem doentes e nem mesmo terem a certeza de que algum dia o virão a ser, essa pré-disposição para desenvolver uma patologia passa a estar sempre presente nas suas vidas, fazendo-os ter sempre esse aspeto em consideração quando refletem sobre as suas escolhas de vida diárias (Carapinheiro, 2007). Além disso, ao classificar um indivíduo como pré-doente, como por exemplo potencial doente COVID-19, está-se a antecipar, em anos, as causas da sua morte, o que potencia ansiedades e incertezas (Raposo & Areosa, 2009).

A classificação de grupos como estando ou não em risco tem os seus pontos negativos. Por um lado, todos os grupos estão “em risco”, pois, segundo Dean (1999), o risco é um

continuum e está sempre presente, o que pode existir são grupos de alto e baixo risco. Ou seja, apesar de haver subpopulações que são atingidas com mais frequência e gravidade que outras por determinados riscos, toda a população continua a estar sujeita a eles, e não reconhecer esse facto poderá ter consequências graves. Por exemplo, no caso da pandemia COVID-19, os idosos foram classificados como “grupo de risco” elevado e a idade passou a ser a principal base para categorizar o risco nas discussões e políticas públicas. Consequentemente, nas idades mais jovens, assistiu-se a uma banalização do risco da COVID-19, comparando-a a uma gripe comum devido às baixas taxas de mortalidade neste grupo. Assim, ao categorizar os grupos dicotomicamente como estando em risco ou não, pode se estar a “enganar” aqueles que estão potencialmente em risco ao fazê-los acreditar que, por não fazerem parte de um grupo identificado como “de risco”, eles são imunes a essa doença (Trostle & Sommerfeld, 1996), o que “esconde” a real vulnerabilidade dos indivíduos levando à negligência e desvalorização dos riscos. Outro aspeto prende-se com o facto de o rótulo “em risco” levar uma lógica epidemiológica que conduz à descontextualização, à homogeneização e categorização dos indivíduos em grupos, ignorando a pessoa na sua totalidade (Brown, 2020) e dando pouco valor às características individuais daqueles que são identificados como estando “em risco”. Tal facto, terá consequências na eficácia das intervenções que se julgam necessárias para minimizar os riscos (Lupton, 1999b).

3.4. Participação pública: uma forma de valorizar o conhecimento leigo

Embora no século XX a conceção biológica da doença tenha sido substituída por uma conceção bio-psico-social (Silva, 2010) e a medicina se tenha tornado mais interessada na "visão do paciente", essa visão e esse conhecimento leigo nunca foram visto como uma forma de conhecimento em si mesma (Williams & Popay, 1994). Como tal, na maior parte dos casos, as pesquisas em saúde pública excluem as vozes dos cidadãos comuns (Popay & Williams, 1996), desvalorizando assim o conhecimento leigo e as perspetivas dos atores leigos. Consequentemente, essa abordagem proclamada pela hegemonia do modelo biomédico não vê os indivíduos na sua totalidade (Giddens, 2008) uma vez que os desliga dos contextos sociais em que eles habitam e das redes sociais em que eles estão inseridos (Popay et al, 1998). Assim, ao basear-se na doença como algo tratado objetivamente e separado da realidade material do quotidiano (Popay & Williams, 1996) a perspetiva da biomedicina falha em ver as relações sociais nas quais a doença está inserida (Popay et al, 1998). Desta forma, a biomedicina apesar de ser uma ferramenta poderosa apresenta várias limitações na sua capacidade de compreender as

causas e consequências dos problemas de saúde para os indivíduos e as sociedades (Popay & Williams, 1996).

Para ultrapassar essas limitações torna-se necessário desenvolver pesquisas no campo da saúde pública que providenciem explicações holísticas para os padrões de saúde e doença, através da utilização dos conhecimentos leigos e dos significados que os atores leigos atribuem à saúde, à doença e ao risco (Popay & Williams, 1996). Isto porque assim como o risco, também a saúde e a doença são fenômenos cultural e socialmente definidos (Giddens, 2008). Como tal, saúde e doença incluem simultaneamente as dimensões biológicas, psicológicas, social e cultural, que envolvem atores sociais e processos biológicas, que são inseparáveis dos contextos sociais, variáveis no tempo e no espaço alterando-se à medida que se alteram as maneiras de pensar e de agir. Consequentemente, a percepção e a ação acerca da saúde e da doença são socialmente contruídas através dos processos de socialização e influenciadas pelas percepções do risco (Tavares, 2020).

A isto soma-se ainda o facto de as estruturas sociais também influenciarem a saúde dos indivíduos, e como tal, há uma relação entre os contextos sociais e materiais e as experiências de saúde e doença (L. Silva, 2013) Assim, para melhorar a saúde das pessoas e das populações é necessário ter em conta as causas mais a montante, nomeadamente aspetos como os fatores socioeconómicos, a habitação, a nutrição entre outros (Carvalho et al, 2008). Isto significa que as intervenções que têm apenas em conta o conhecimento biomédico e que procuram a melhoria da saúde das populações através de intervenções a nível individual serão ineficazes, porque as condições de desigualdade social permanecem as mesmas (McDaniel, 2013). Assim, reconhece-se que as campanhas em educação para saúde, como aquelas dirigidas à prevenção de comportamentos de risco (como é o caso das ações de sensibilização para a adoção de medidas individuais de proteção contra a COVID-19) que apenas focam a transmissão de informação, sem ter em conta as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos são ineficazes e não têm o impacto pretendido nos comportamentos de saúde (Carvalho et al, 2008). O que quer dizer que ao ter apenas em conta os conhecimentos periciais, cria-se um descompasso entre as noções de risco que estão na origem das políticas de saúde e na educação em saúde e as experiências de saúde e as necessidades autodefinidas pelos atores leigos (Williams, Popay & Bissel, 1995).

Pode-se afirmar que a saúde é um fenómeno social total, pois, segundo Tavares (2020, p.45), ela é multidimensional abrangendo “(...) *uma totalidade da realidade social (...)*” com “(...) *múltiplas implicações em vários níveis e em diferentes dimensões sociais ao*

mesmo tempo (...)” uma vez que a saúde abrange uma diversidade de aspetos que são impossíveis de reduzir a uma só dimensão da realidade. Isto significa que ela exige uma abordagem multidisciplinar, onde o conhecimento científico e profissional e o conhecimento leigo são inseparáveis (Davison et al, 1991). Como consequência, a saúde pública deve ser vista como uma atividade multidisciplinar, onde há a necessidade de colaboração entre especialistas e leigos (Popay & Williams, 1996) numa lógica de coprodução de conhecimento (Crisóstomo & Santos, 2018). Isso só será possível através do envolvimento e da participação de leigos nos processos de criação de políticas e práticas de saúde, dando-lhes espaço dentro dos debates e trabalhando em conjunto com eles (Popay & Williams, 1996).

Para tal, é fundamental desenvolver uma perspetiva mais igualitária sobre a contribuição que os diferentes tipos de conhecimento podem trazer para a compreensão dos fenómenos ligados à saúde (Popay & Williams, 1996). Pois, apesar de muitas vezes negligenciado, o conhecimento leigo oferece uma perspetiva fundamental sobre a relação entre o contexto social e a experiência de saúde e doença (Popay et al, 1998), assim como oferece uma melhor compreensão sobre os comportamentos adotados pelos sujeitos (Popay & Williams, 1996). Além disso, este conhecimento, fundado na experiência, não invalida o saber técnico-científico, pelo contrário, adiciona-lhe uma nova dimensão para a compreensão da complexidade da vida social. Aspeto esse que é fundamental para que as informações oficiais sobre como evitar riscos sejam seguidas com sucesso pelos indivíduos (Grinyer, 1995).

Desta forma, a participação pública em saúde surge como forma de valorizar a contribuição do conhecimento leigo para a melhoria da compreensão dos problemas de saúde, da organização dos serviços e da formação de políticas públicas. Assim, esta participação tem como objetivo adequar as políticas de saúde de acordo com as prioridades e necessidades das pessoas, assim como com as preferências individuais e coletivas. Tal facto, permite aumentar a qualidade dos processos de tomada de decisão em saúde, no que diz respeito à sua relevância e adequação. Além disso, permite reforçar a legitimidade, transparência e responsabilidade do complexo biomédico, aspetos que são fundamentais para alcançar melhores resultados de saúde. Assim, torna-se indispensável o diálogo entre especialistas e leigos, pois a participação dos cidadãos é indispensável e necessária para a tomada de decisões acerca da saúde, pois eles possuem um conhecimento experimental único acerca do sistema de saúde, da prestação de cuidados e da vivência com a doença (Crisóstomo & Santos, 2018).

Parte II: Investigação empírica - da metodologia à análise dos dados

Capítulo 1: Do desenho da pesquisa à recolha dos dados empíricos

1.1. Questões, objetivos de investigação e seleção dos participantes

Recordemos as questões e os objetivos deste estudo. Colocámos as seguintes questões de investigação:

- O que é para os idosos uma pandemia? O que é para eles a COVID-19?
- Como é que a pandemia COVID-19 alterou a vida dos idosos?
- Quais foram as mudanças que mais sentiram na vida quotidiana devido ao COVID-19?
- Como é que eles se sentem em relação à situação em que vivemos?
- Quais são as medidas que os idosos adotam para combater a COVID-19 porquê? Em que maneira diferem das medidas recomendadas pelos profissionais de saúde?
- Quais são para os idosos os riscos associados à pandemia?
- O que é para o idoso pertencer ao “grupo de risco”? Será que isso afeta a sua autoimagem? E o relacionamento com os outros?
- Será que os impactos sentidos pelos idosos institucionalizados são diferentes dos impactos sentidos pelos idosos que vivem nas suas próprias casas?

Em suma: Quais as perceções dos idosos em relação à COVID-19 e quais os impactos sociais que esta nova doença teve nas suas vidas quotidianas e na sua autoimagem?

Para tentar dar resposta a essa questão e como linhas orientadoras da investigação empírica surge como objetivo geral analisar as perceções dos idosos em relação à COVID-19 e aos impactos sociais que esta nova doença teve nas suas vidas quotidianas e na sua autoimagem. Já os objetivos específicos prendem-se com:

- Analisar a forma como os idosos constroem o COVID-19 e em que medida essa construção molda a perceção do risco.
- Perceber se a perceção dos idosos quanto aos riscos e ao medo foram alterados durante os meses de confinamento.

- Compreender de que forma o rótulo “grupo de risco” influenciou a autoimagem dos idosos.
- Perceber o impacto da pandemia COVID-19 percebido pelos idosos e de que forma as suas vidas foram alteradas.
- Comparar os impactos sentidos pelos idosos institucionalizados e pelos idosos não institucionalizados.
- Compreender de que forma o COVID-19 agravou as desigualdades sociais, a vulnerabilidade e a exclusão social neste grupo.

Com base nas questões de partida e nos objetivos referidos, e tendo em conta a opção metodológica deste estudo, definimos que os indivíduos a participar neste estudo seriam homens e mulheres com mais de 65 anos. Porém, o facto das medidas de contingência, que visam a minimização dos contactos físicos, estarem em permanente mudança devido à instabilidade do contexto pandémico, levou a que desde o início deste estudo fosse traçado um plano de investigação que previa a possibilidade de ser impossível realizar entrevistas semiestruturadas cara-a-cara e a necessidade de recorrer a plataformas online, como o Zoom ou o Skype, para a realização dessas mesmas entrevistas. Apesar da melhoria do cenário pandémico e o alívio das medidas de contingência terem acabado por permitir a realização de entrevistas face a face, optou-se por partir do pressuposto que poderia ser necessário recorrer a plataformas online, e, como tal, foi tido em conta o facto a generalidade da população idosa não possuir equipamentos informáticos ou acesso à internet nas suas residências, além de apresentar dificuldades em funcionar com estas tecnologias, aspetos esses que dificultariam e/ou impossibilitariam o contacto com os idosos que se encontram nas suas próprias habitações em caso de dever de recolhimento obrigatório. Assim, para salvaguardar a realização deste estudo, optámos por entrevistar idosos com mais de 65 anos que usufríssem do serviço de ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas (SCMM) ou dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), uma vez que através desta instituição estes indivíduos têm acesso a equipamentos informáticos e à internet, assim como funcionários capazes de lhes fornecer o suporte necessário à utilização destes meios.

Como critérios de inclusão definimos que os participantes tinham que:

- Ter 65 ou mais anos;
- Usufruir do serviço de ERPI ou SAD da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas;
- Apresentar um estado cognitivo e mnésico válido para a participação. Esta avaliação é feita pela assistente social e pela diretora da instituição uma vez que conhecem e têm acesso às fichas técnicas dos utentes.

Já os critérios utilizados para excluir os participantes foram:

- Indivíduos portadores de doença crónica psiquiátrica ou neurológica impeditiva de se comunicar;
- Indivíduos que apresentam agravamento do estado geral e incapazes de se submeterem a entrevistas.

1.2. Modelo de análise

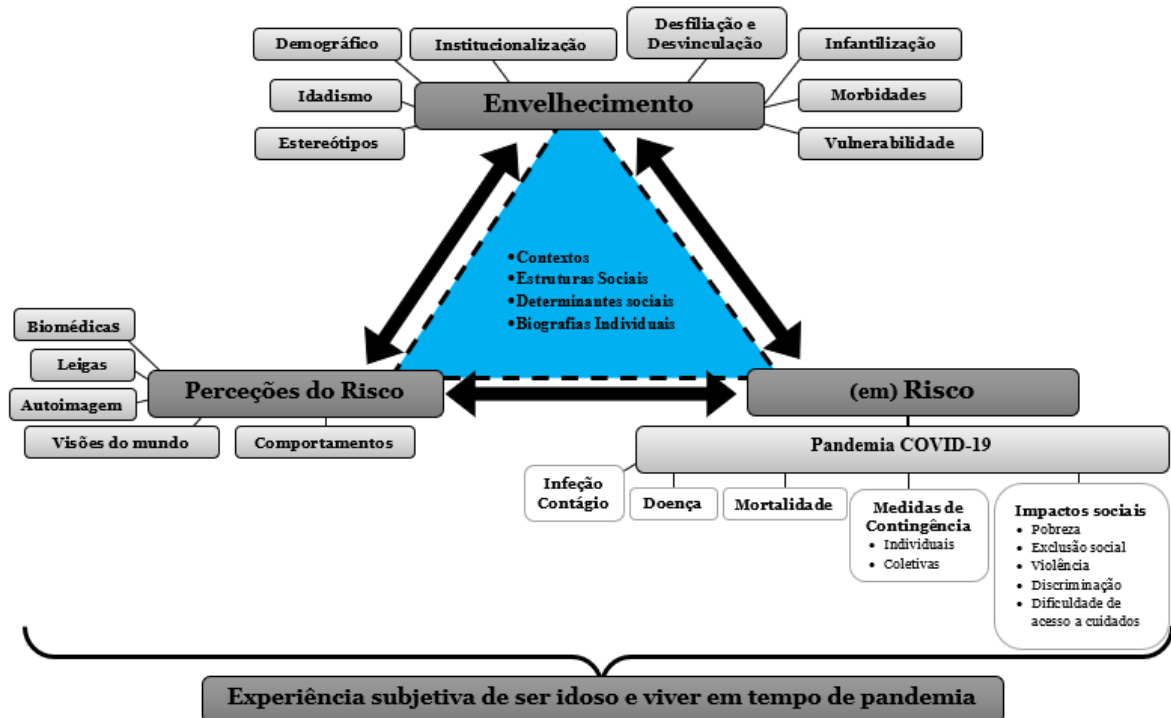


Figura 1. Modelo de análise. Fonte: elaboração própria

1.2.1. Explicação do modelo de análise

O modelo de análise liga a teoria à prática. Ele esquematiza os conceitos que partem da discussão teórica, que guiam a recolha de dado e auxiliam a análise dos dados.

No modelo de análise da presente investigação prevê-se analisar três dimensões que estão interrelacionadas: o envelhecimento, o risco da pandemia COVID-19 e as perceções do risco. O aumento da esperança média de vida, levou ao **envelhecimento** demográfico da população, o que se traduz num maior número de idosos a viver nas nossas sociedades. Como vimos anteriormente, muitas vezes o envelhecimento é marcado pela institucionalização, desfiliação e desvinculação, pela infantilização associada aos estereótipos acerca da velhice e ao idadismo, e pela presença de comorbilidade que juntamente com as condições de vida dos indivíduos e a sua posição na estrutura social colocam estes indivíduos numa posição de vulnerabilidade. Como tal os idosos encontram-se muitas vezes em **risco**. O mais recente risco a que estão sujeitos é

o da **pandemia COVID-19** que tem a si associado o risco de infecção, contração da doença e conseqüente morte pela mesma, mas também os riscos trazidos pelas medidas de contingência, quer individuais quer coletivas, que provocaram impactos sociais que alteraram a vida quotidiana dos membros deste grupo e aumentaram as vulnerabilidades já existentes. O risco decorrente da pandemia COVID-19 irá influenciar as **percepções** dos idosos quanto aos riscos. Como tal essas percepções poderão ser diferentes das percepções biomédicas acerca da COVID-19, e terão impacto na autoimagem do idoso, na forma como ele vê e se posiciona no mundo e nos seus comportamentos quotidianos. Aspectos estes que por sua vez irão influenciar o envelhecimento dos indivíduos e a forma como estes se posicionam face aos riscos. Todas estas dimensões, são influenciadas pelos contextos sociais, culturais, históricos e geográficos, assim como pelas estruturas sociais, pelos determinantes sociais, como o género, a classe social, as habilitações escolares, entre outros, e pelas próprias biografias individuais de cada um. Assim, todos estes aspectos, desde os mais macro até aos mais micro, contribuem para a construção da experiência subjetiva de ser idoso e viver tempo de pandemia.

1.3. Opções metodológicas

Como se percebe da leitura dos objetivos, pretende-se analisar o ponto de vista dos idosos acerca da COVID-19 e dos impactos desta nova doença na vida quotidiano, dando voz e analisando as suas perspetivas enquanto indivíduos ativos na construção da realidade através da atribuição de significados ao social. Desta forma, a metodologia mais adequada é a **metodologia qualitativa**.

As metodologias qualitativas têm como objetivo descrever e compreender o comportamento humano na sua complexidade, explicando o processo através do qual os atores sociais constroem os significados atribuídos ao social e, a partir daí, elaborar conceitos que traduzam essa realidade. Esta metodologia permite “(...) *captar relatos, descrições, discursos e documentos que se reportam aos significados, crenças, opiniões e práticas dos actores (...)*” (E. Silva, 2013; p.16) assim, como discursos e experiências que revelam o modo como os sujeitos constroem e reconstroem a realidade social e como pensam a sua vida quotidiana.

Estas metodologias são sustentadas por uma diversidade de paradigmas que lhes confere credibilidade. Estes vão desde o construtivismo, ao interacionismo simbólico, passando pela etnometodologia e fenomenologia, até às “*grounded theories* (Guerra, 2006). Estes paradigmas têm em comum “(...) *o reconhecimento da subjetividade, a valorização do significado e a contextualização cultural*” (idem; p.6). Desta forma, há uma valorização da subjetividade uma vez que os indivíduos não são simples portadores das estruturas

sociais, mas sim construtores ativos do social. Eles “(...) *interpretam as situações, concebem estratégias, mobilizam os recursos e agem em função (...)*” (idem; p.17) das interpretações que fazem dentro dos contextos em que se encontram. Como tal, para compreender o real torna-se necessário investigar as perspectivas dos atores sociais (Santos, 2014) transformando-os em informadores privilegiados que revelam a realidade através dos significados atribuídos durante a interação. Assim, as metodologias qualitativas permitem simultaneamente uma valorização do indivíduo enquanto sujeito ativo na construção da realidade recuperando a subjetividade através da recolha dos significados sociais, mas não perdendo de vista as estruturas sociais e os contextos da ação, permitindo uma abordagem holística do real reconhecendo a interdependência entre os fenómenos objetivos e subjetivos (E. Silva, 2013).

A pesquisa qualitativa é geralmente criticada pela subjetividade e proximidade entre o sujeito (investigador) e objeto (investigado). Os críticos afirmam que estes aspetos põem em causa a neutralidade e a objetividade do conhecimento científico (Martins, 2014), uma vez que dificultam o distanciamento entre os dados recolhidos e a perspectiva do investigador. No entanto, é a proximidade entre investigador e investigado que permite a partilha de experiências e significados, possibilitando analisar realidades complexas e recolher determinadas informações que não seriam conseguidas sem essa relação (E. Silva, 2013). Outra crítica prende-se com a impossibilidade de generalização dos resultados e da não representatividade dos dados qualitativos (Martins, 2014). Contudo, esta crítica pode ser ultrapassada através da diversificação e da saturação. Para tal, torna-se necessário assegurar a presença de diversidade de sujeitos ou situações, de modo a garantir a heterogeneidade tentando abordar a realidade através de todas as suas variações captando todas as tipologias de sujeitos. Assim, o que importa “(...) *não é a definição de uma imensidade de sujeitos estatisticamente «representativos», mas sim uma pequena dimensão de sujeitos «socialmente significativos» reportando-os à diversidade das culturas, opiniões, expectativas e à unidade do género (...)*” (Guerra, 2006; p.20). Já a saturação, indica o momento em que o investigador deve parar de recolher dados, pois estes não trazem informações novas ou diferentes que justifiquem a recolha de material empírico. Segundo Guerra (2006) é este fator que irá permitir a generalização, pois a chegada à saturação significa que de momento não existem novas tipologias na realidade estudada.

1.3.1. Técnicas de recolha de dados

As técnicas de pesquisa dizem respeito ao conjunto de procedimentos e de instrumentos que têm como objetivo a recolha de informação adequada para satisfazer os objetivos da investigação (Almeida & Pinto, 1975) e responder aos questionamentos da pesquisa

(Lakatos & Marconi, 2003). Como vimos anteriormente na metodologia qualitativa a recolha de dados é feita através da descrição das situações, dos episódios, das interações e dos comportamentos observados. Deste modo, torna-se importante escolher os instrumentos de recolha de informação apropriados que possibilitem capturar estes significados, como é o caso das entrevistas semiestruturadas.

A entrevista semiestruturada é um tipo de entrevista. Uma entrevista é um técnica de recolha de informação que consiste em “(...) *conversas orais, (...) com várias pessoas selecionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos de recolha de informação*” (Ketele & Roegiers, 1999; p.22) No contexto das metodologias qualitativas as entrevistas têm como objetivo recolher informação que permita “(...) *entender o modo como os indivíduos vivenciam o seu quotidiano, em particular determinados acontecimentos ou mudanças durante a sua vida*” (Lalanda, 1998; p.877), simultaneamente ela permite observar o contexto social, institucional em que os indivíduos em causa se inserem.

Segundo Ketele & Roegiers (1999), as entrevistas semiestruturadas, ou semidirigidas, ocorrem quando o entrevistador tem previstas algumas perguntas que servem de referência para a conversa, mas sempre com flexibilidade. Desta forma, a principal característica deste tipo de entrevistas é a existência de um guião previamente elaborado. Este guião da entrevista é o “fio condutor” que ajuda na condução da conversa de modo que a narrativa convirja para os objetivos da investigação (Lalanda, 1998). E geralmente está estruturado por grupos de perguntas, que possuem pontos de referência ou perguntas de lembrança que apenas são apresentadas se o entrevistado não fizer referência a elas nas respostas (Guerra, 2006). Estes aspetos dão ao entrevistador um maior controlo sobre a entrevista (Flick, 2005) possibilitando a recolha de informação de boa qualidade orientada para o objetivo num espaço de tempo razoável (Ketele & Roegiers, 1999) evitando que “(...) *o seu interlocutor fale durante muito tempo sobre assuntos que não têm qualquer relação com o tema (...)*” (Quivy & Campenhoudt, 1998; p.74). Como tal, a entrevista semiestruturada, permite sistematizar conhecimentos sobre práticas, atitudes e valores dos entrevistados ao mesmo tempo que mantém uma certa flexibilidade (Brites, 2017), liberdade de resposta e uma maior recolha de informações que refletem melhor as representações (Ketele & Roegiers, 1999), o mundo dos entrevistados e os significados que estes atribuem a determinados fenómenos (Santos, 2014). Assim, este tipo de entrevista possibilita explorar os pontos de vista subjetivos, mas com a orientação do entrevistador ao longo desse processo (Flick, 2005).

No caso do estudo em questão, foram construídos dois guiões, um dirigido para os idosos em ERPI e outro para os idosos em SAD. O guião da entrevista dos idosos em ERPI (Anexo I) está dividido em cinco grupos de várias questões. No primeiro pretende-se fazer questões que revelem a trajetória de vida dos entrevistados e o contexto em que eles hoje se encontram; o segundo grupo de questões aborda os significados que os idosos institucionalizados atribuem à COVID-19 e à pandemia que atravessamos e quais os riscos que estes percebem existir neste contexto pandémico; no terceiro e quarto conjunto as questões destinam-se a perceber quais foram os impactos e as alterações sentidos por estes indivíduos ao longo da pandemia; e por último, no quinto grupo de questões o foco está na experiência de viver dentro de um surto de COVID-19 e/ou na experiência de contrair COVID-19. Já o guião dirigido para os idosos em SAD (Anexo II) está dividido em quatro grupos de questões. No primeiro, à semelhança do guião para idosos em ERPI, pretende-se compreender a trajetória dos entrevistados e o contexto em que estes vivem; o segundo grupo de questões aborda os significados que os idosos em SAD atribuem à COVID-19, à pandemia que atravessamos e quais os riscos que estes lhe associam; segue-se um grupo de questões que procuram perceber quais foram os impactos e alterações que os idosos que vivem nas suas habitações sentiram devido à pandemia que atravessamos; e por último, no quarto grupo de questões aborda-se a experiência do idoso com COVID-19.

Quanto às perguntas que compõem o guião da entrevista, estas devem ser claras adequadas aos objetivos e à linguagem do entrevistado. O entrevistador pode colocar outras questões que não foram previstas de modo a aprofundar certos pontos que convêm à investigação, podendo ainda repetir, esclarecer ou reformular as questões de modo a garantir que estas foram percebidas. O que se traduz numa vantagem junto de populações com baixa escolaridade (Lakatos & Marconi, 2003), como é o caso dos idosos. Além disso, o modo e a ordem em que as perguntas são colocadas não é importante (Guerra, 2006), uma vez que este tipo de entrevista se deve assemelhar a uma conversa informal e fluída. Assim, o entrevistador deve fazer o mínimo de perguntas possíveis, pois o excesso de perguntas torna as respostas dos inquiridos curtas e restritas ao que lhes é pedido sem aprofundar muito o seu pensamento (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Em cada entrevista deverá ainda haver uma fase de enquadramento onde é preenchida uma ficha de caracterização do entrevistado (Lalanda, 1998), em que consta a idade, o tipo de família, o género, a escolaridade, entre outros. Esta será uma fase mais formal, mais objetiva e fechada que deverá ser colocada no final da entrevista como forma de conclusão (Guerra, 2006). Como tal, na presente investigação foram elaboradas fichas

de caracterização sociodemográfica (Anexo III) por forma a fazer a caracterização dos participantes no final das entrevistas.

Outro aspeto fundamental na realização das entrevistas é a sua gravação. Segundo Quivy & Campenhoudt (1998) a gravação da entrevista é indispensável, e deve sempre ser feita com autorização e garantindo o anonimato do entrevistado. Apesar de num momento inicial a gravação poder ser vista como um embaraço para as respostas do indivíduo, esse obstáculo rapidamente é ultrapassado no decorrer de uma entrevista fluida em que o entrevistado está concentrado no seu discurso (Lalanda, 1998). Além disso, a gravação permite evitar que o entrevistador esteja constantemente a tirar notas acerca das respostas do entrevistado, o que provocaria não só a distração do pesquisador, mas também o desconforto do inquirido (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Na realização de entrevistas é ainda crucial que o entrevistador tenha empatia e consiga desenvolver com o entrevistado uma relação de confiança que lhe permita obter informações que de outra forma não seria possível (Guerra, 2006; Lalanda, 1998; Lakatos & Marconi, 2003). Para que tal seja possível o entrevistador deve evitar condicionar as respostas do inquirido evitando envolver-se num debate de ideias ou tomar posição, mantendo uma neutralidade, devendo apenas ouvir e incentivar o entrevistado a falar. Assim, o investigador deve intervir o mínimo possível dando liberdade ao entrevistado com o objetivo de alcançar uma maior riqueza no material recolhido, uma vez que as informações recolhidas surgirão mais intactas e menos influenciadas pelas perguntas (Guerra, 2006; Quivy & Campenhoudt, 1998).

Tendo em conta todas as condicionantes resultantes da pandemia do vírus COVID-19 e da declaração sucessivos Estados de Emergência que previam o dever de recolhimento obrigatório e o encerramento das instituições ao público, optou-se para realizar a investigação no conselho de Manteigas junto da SCMM. Assim, além de se analisar o impacto da pandemia num território interior envelhecido minimizaram-se as deslocações devido à proximidade com o mesmo, e com o apoio da SCMM foi possível contactar quer com idosos institucionalizados quer com idosos que encontram nas suas residências. Desta forma, estabeleceu-se contacto com a SCMM marcando uma reunião com a diretora técnica onde foi entregue um Pedido de Autorização para a Realização da Investigação de Mestrado (Anexo IV), onde se esclareciam os objetivos da investigação e pedia a colaboração da instituição para a realização deste estudo. A instituição apoiou a investigação autorizando a realização de entrevistas no seu interior a dez utentes em ERPI, e facilitando o contacto com dez idosos que se encontrassem nas suas habitações e usufruir apenas do SAD.

As datas e locais de realização das entrevistas foram definidos pela diretora técnica e pela assistente social da instituição, que após selecionarem os idosos que se adequavam ao estudo entraram em contacto com eles apelando à sua colaboração. As entrevistas foram realizadas em duas fases: numa primeira fase entre o dia 10 e 14 de maio, onde se realizaram as entrevistas aos idosos em ERPI, tendo estas entrevistas sido feitas numa sala, habitualmente utilizada para as atividades dos idosos e disponibilizada pela instituição para a realização das entrevistas num ambiente mais privado. E numa segunda fase, entre o dia 18 e 26 de maio, altura em que se realizaram as entrevistas aos idosos em SAD, tendo sido o local destas entrevistas a própria residência dos entrevistados, com exceção de uma entrevistada que preferiu realizar a entrevistas no exterior da casa. De uma forma geral as entrevistas tiveram em média a duração de 45 minutos tendo estas sido gravadas, com o devido consentimento informado dos participantes, para posterior transcrição integral, análise aprofundada e comparação entre os casos.

Todas as entrevistas decorreram como planeado com exceção de uma. Esta diz respeito ao caso de uma participante que fez questão que o cônjuge estivesse presente, este pedido foi aceite com a condição de que este não fizesse interrupções. Porém, no desenrolar da entrevista o marido desta participante acabou por intervir para fazer algumas observações, para completar a informação que a esposa tinha dado e até mesmo para dar a sua opinião quanto ao tema. Perante esta situação, e uma vez se pretendia uma amostra equitativa de homens e mulheres e os entrevistados masculinos estavam em menor número, acabei por adaptar a entrevista individual que inicialmente estava planeada para uma entrevista dupla que incluísse o casal e procurasse a opinião dos dois idosos. Contudo, embora numa fase inicial o marido quisesse responder às questões que lhe eram colocadas e demonstra-se um forte interesse em participar, numa fase final começou a mostrar aborrecimento, tendo mesmo pedido para terminar a entrevista, pois não queria responder a mais nada. Tal facto foi respeitado e a entrevista deste inquirido foi dada como terminada, tendo deixado de questionar este idoso. No entanto, a sua mulher manifestou querer continuar com a entrevista mesmo sem o marido e como tal, a entrevista foi até ao final.

De modo a compreender melhor o contexto em que os indivíduos entrevistados em ERPI se encontram e com o objetivo de completar a caracterização dos participantes, foram ainda recolhidas, junto da assistente social da SCMM, informações referentes aos quadros clínicos dos participantes, e à organização e funcionamento da instituição desde o começo da pandemia focando principalmente o momento de surto COVID-19 que esta sofreu.

É raro um único método de recolha de dados fornecer toda a informação necessária. Como tal, um método prioritário é muitas vezes acompanhado por um ou mais métodos secundários (Ketele e Roegiers, 1999), sendo frequente as entrevistas serem acompanhadas pela análise de documentos referentes aos grupos ou aos fenómenos estudados (Quivy & Compehoudt, 1998).

A análise documental é aquela em que os dados obtidos são provenientes de documentos, escritos e/ou não escritos, como é o caso da televisão (Almeida & Pinto, 1975), com o objetivo de extrair informações para compreender um determinado fenómeno (Kripka, Scheller & Bonotto, 2015). Esta técnica de pesquisa permite alargar o entendimento de objetos de pesquisa que necessitam de contextualização histórica e sociocultural (Junior et al, 2021) uma vez que adiciona a dimensão tempo de forma a contextualizar a informação (Kripka, Scheller & Bonotto, 2015).

Neste sentido, tendo em conta que, os *media* não especializados têm um impacto cada vez maior na transmissão da informação e na divulgação do conhecimento (Augusto, 2004), e que as perceções dos idosos sobre a COVID-19, dada a sua situação de institucionalização, de pouca mobilidade e até de algum isolamento, são particularmente influenciadas pelas notícias veiculadas pelos *media*, sobretudo pela televisão, torna-se importante analisar os moldes em que as mesmas são construídas. Assim, na presente investigação optou-se por recorrer a uma breve análise documental dos *media* televisivos como técnica exploratória e complementar às entrevistas semiestruturadas aos idosos. Como tal, foram selecionadas reportagens que passaram nos telejornais dos canais generalistas (RTP, SIC e TVI), por se tratar dos únicos canais a que os idosos institucionalizados na SCMM conseguem aceder, uma vez que a instituição não possui outro serviço televisivo. Quanto ao período de tempo, selecionámos notícias que foram transmitidas desde dezembro de 2020 a janeiro de 2021, por se tratar de um momento crítico da pandemia em Portugal, onde se assistiu ao aumento drástico do número de casos de COVID-19, do número de surtos em ERPI e conseqüentemente do número de vítimas mais velhas, tendo ainda sido durante esse período que o país retomou o Estado de Emergência que obrigou os indivíduos a permanecer mais tempo em casa. Além disso, foram privilegiadas as reportagens acerca de surtos de COVID-19 em lares, pois este tipo de reportagens salientavam a vulnerabilidade dos idosos não só institucionalizados, mas também não institucionalizados, perante esta nova doença.

1.3.2. Questões éticas

Para desenvolver uma relação de confiança e cooperação é necessário que desde o início o investigador informe os participantes acerca dos objetivos da entrevista, da estrutura

que pretende dar à conversa, dos temas que serão abordados e ainda do destino que o material recolhido irá ter garantindo-lhe a confidencialidade das informações (Lalanda, 1998; Lakatos & Marconi, 2003). Para tal foi fundamental a elaboração, entrega e preenchimento de consentimentos informados (Anexo V e VI). O consentimento informado é um documento onde é explicado ao participante que a sua participação é anónima e como tal os dados serão tratados com anonimato, sendo ainda esclarecido o que se pretende fazer e quais os objetivos da investigação. Devendo sempre ser assegurado o esclarecimento de qualquer dúvida por parte do participante. Além disso, este consentimento é voluntário não sendo permitido a coação dos indivíduos para participar na investigação, tal facto iria contra a ética da investigação (Almeida, 2013).

Preferencialmente o consentimento informado deve ser redigido de forma escrita para que o documento seja assinado pelas duas partes (entrevistador e entrevistado), no entanto este também pode ser prestado tanto de forma oral (gravação) (Almeida, 2013). No caso particular desta investigação deu-se preferência ao consentimento informado escrito e assinado por ambas as partes, contudo e uma vez que a população alvo são idosos deparamo-nos com alguns entrevistados/as que não sabiam escrever e assinar o seu nome, e nesses casos optou-se pela forma oral do consentimento informado, sendo este gravado.

De modo a garantir o anonimato dos participantes foram ainda atribuídos nomes fictícios aos entrevistados e entrevistadas.

1.4. Descrição do contexto da pesquisa

Como referido anteriormente a investigação foi realizada no Município de Manteigas, por se tratar de um território interior profundamente envelhecido, mas também por questões de proximidade devido às restrições de circulação provocados pela situação pandémica e os consecutivos estados de emergência. Para melhor compreender os resultados da pesquisa e as respostas dos entrevistados, é necessário contextualizar o estudo quanto à geografia e à instituição onde este foi realizado.

A Vila de Manteigas, pertence ao distrito da Guarda. Na sua totalidade este município conta com “*uma população de 3.430 habitantes*”⁴. Tal como acontece no resto do país, principalmente nas zonas rurais do interior, também neste concelho a população está envelhecida, assistindo-se a um maior peso dos idosos na estrutura demográfica e uma diminuição de crianças e jovens (Concelho Local de Ação Social de Manteigas, 2017; p.24). Os dados recolhidos no Diagnóstico Social de Manteigas em 2017 mostram ainda

⁴ Informação retirada do site oficial da Câmara Municipal de Manteigas, <https://cm-manteigas.pt/>

que neste Município cerca de 28,9% da população tem mais de 65 anos. Também neste relatório consta que neste concelho os idosos possuem dificuldades económicas causadas pelos baixos rendimentos das pensões ou reformas, que é acompanhado de elevados gastos com a saúde e por más condições de habitabilidade. Como tal, alguns idosos acabam por recorrer aos serviços de instituições sociais que prestam apoio à população idoso, como é o caso da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas (SCMM).

A SCMM existe há mais de 400 anos e atualmente é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) entre os objetivos da instituição encontra-se a “(...) *proteção dos cidadãos na velhice e invalidez (...)*” (Segurança Social, 2021). Para isso ela conta com os seguintes serviços: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) (regime de internamento), Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção (UCCI-LDM). A valência ERPI promove a assistência ao idoso através do internamento, e que conta com cinquenta e seis utentes. O internamento inclui serviços de alimentação; cuidados de saúde, que abrangem: assistência médica, enfermagem, medicamentosa e fisioterapia; cuidados de higiene e de imagem; apoio psicossocial e atividades para ocupação de tempos livres. Já a valência SAD facultado pela instituição chega a vinte e três idosos que se encontram em casa e necessitam de apoios a diversos níveis. Esses apoios são selecionados pelos utentes consoante as suas necessidades, existindo as seguintes opções de serviços: alimentação; cuidados de higiene pessoal; higiene habitacional; tratamento de roupa; serviço de fisioterapia; tratamento de medicação e psicóloga⁵.

1.4.1. Caracterização dos/as entrevistados/as

Os entrevistados podem ser divididos em dois grandes grupos, os idosos que se encontram nas suas residências e usufruem do SAD da SCMM e os idosos que se encontram institucionalizados na valência ERPI desta mesma instituição.

Foram entrevistados dez idosos em SAD e que, como tal, se encontram nas suas residências. Este grupo é constituído por sete mulheres e três homens com idades compreendidas entre os 69 e os 98 anos, sendo que a médias das idades deste grupo é 80 anos. A presença de um maior número de elementos do género feminino deve-se ao facto de existirem mais mulheres a usufruir do SAD, o que poderá refletir uma maior longevidade e independência física do grupo feminino. Quanto ao estado civil, este grupo é constituído por participantes casados (sete) que vivem com o respetivo cônjuge, viúvas (duas) que vivem sós e uma participante que é divorciada e coabita com o namorado.

⁵ Informação cedida pela Santa Casa da Misericórdia de Manteigas com base em documentos dos arquivos da instituição e em apontamentos criados pelo Doutor Ferreira da Silva acerca da mesma.

Deste grupo, apenas uma das participantes viúvas não tem filhos, enquanto os restantes participantes têm entre um e dois filhos, com exceção da outra viúva, que tem cinco filhos. Aqui encontram-se idosos com o 2º ciclo completo (uma), com o 1º ciclo completo (seis) e analfabetos (três). Assim este grupo possui baixos níveis de escolaridade, característica típica da população mais velha e que coloca os indivíduos pertencentes a este grupo numa posição de maior vulnerabilidade face à pobreza e exclusão social. Aos baixos níveis de escolaridade estão associadas profissões pouco remuneradas e reformas baixas. Atualmente, todos os participantes em SAD encontram-se reformados. Quando em idade ativa, desempenhavam funções de operário/a fabril (cinco), empregada de servir (duas), mecânico (um), agricultor (um) e talhante (uma). Quanto à sua naturalidade, na sua maioria, os idosos entrevistados que se encontram nas suas residências são oriundos de Manteigas, com exceção de Cátia, que vem do concelho da Guarda, mas que desde jovem se encontra em Manteigas. Contudo, nem todos os participantes passaram toda a sua vida nesta vila, Cristiano e Glória, apesar de nascidos em Manteigas passaram grande parte das suas vidas no Congo e em Lisboa, tendo regressado à vila de origem após a reforma.

Foram ainda entrevistados dez idosos institucionalizados na SCMM na valência ERPI, sendo este grupo constituído por cinco homens e cinco mulheres com idades compreendidas entre os 73 e os 94 anos, o que faz com que a média das idades do grupo seja 86 anos. Assim, é de notar que a média dos participantes em ERPI é superior à média dos idosos entrevistados em SAD. No que diz respeito ao estado civil, os participantes em ERPI, na sua maioria (seis), são viúvos, o que se traduz numa diminuição da sua rede social, existindo ainda participantes casados (três), estando institucionalizados juntamente com os/as parceiros/as, e apenas Pedro é solteiro, uma vez que é padre. Quanto à filiação, à exceção de três entrevistados (Bárbara, Orlando e Pedro) todos os participantes têm entre um a quatro filhos. Neste grupo, em comparação com o grupo de idosos em SAD, existem mais participantes viúvos. Quanto às habilitações escolares, vão desde um licenciado, o Pedro, uma idosa com o nível secundário completo (12º ano), a idosos com o 1º ciclo incompleto (quatro), possuindo o segundo ou o terceiro ano, e idosos analfabetos (quatro). Assim, tal como acontece em SAD, com exceção de dois idosos, este é um grupo com baixos níveis de escolarização, sendo este o grupo de indivíduos com mais analfabetos e idosos com o 1º ciclo incompleto. À semelhança dos idosos em SAD, também os idosos em ERPI se encontram reformados, com exceção de Pedro, que afirma manter as suas funções enquanto capelão da misericórdia. Tirando este indivíduo, todos os restantes participantes institucionalizados desempenharam atividades associadas a um escalão socioeconómico baixo, nomeadamente: operário/a fabril (cinco), mineiro (um), agricultor (um), doméstica (uma); a exceção é feita no caso

de uma educadora social. Mais de metade dos participantes em ERPI são naturais do concelho onde se desenvolve este estudo, havendo dois entrevistados, a Bárbara e o Orlando, provenientes do concelho da Covilhã, uma participante, a Ângela, natural do concelho do Sabugal, e Pedro originário de Almeida. À semelhança dos entrevistados em SAD, também neste grupo nem todos passaram as suas vidas em Manteigas, Bárbara emigrou da Covilhã para o Brasil, onde viveu maior parte da sua vida, tendo regressado após a morte do segundo marido; Ana viveu a sua vida no Ribatejo, e voltou a Manteigas devido ao adoecimento do marido; Pedro viveu em Moçambique durante a Guerra Colonial, tendo regressado antes desta terminar e ficado a viver em Lisboa, para posteriormente ser transferido para a paróquia de Manteigas; e Miguel, que trabalhou nas minas da Panasqueira até se reformar e voltar à vila de origem. No que diz respeito ao tempo de institucionalização, este varia entre um e seis anos, sendo que o Pedro é o entrevistado que há mais tempo está na SCMM, uma vez que há dezasseis anos que é o padre responsável pela capela da instituição. Os homens são aqueles que vivem há mais tempo no lar, em média quatro anos, enquanto nas mulheres a média do tempo de institucionalização são três anos. Além disso, é de notar que no caso dos entrevistados masculinos, todos os entrevistados, com exceção de Miguel, afirmam estar há mais tempo na instituição do que aquele que realmente lá estão.

Em suma, o grupo de participantes deste estudo é constituída por vinte idosos, doze mulheres e oito homens, com idades compreendidas entre os 69 e os 98 anos, sendo o elemento mais novo a Licínia e o mais velho a Glória, duas idosos em SAD. A média das idades ronda os 83 anos. Como vimos, quanto ao estado civil, o grupo de participantes é constituído por (dez) idosos casados, (oito) viúvos e viúvas, uma divorciada e um solteiro. No que diz respeito à filiação, apenas quatro participantes, Glória, Bárbara, Orlando e Pedro, não têm filhos, e os restantes participantes têm entre um e cinco filhos. Quanto ao nível de escolaridade, os participantes possuem baixos níveis de escolaridade com analfabetos (sete), indivíduos com o 1º ciclo incompleto (quatro) e com o 1º ciclo completo (seis), uma entrevistada com o 2º ciclo completo (6º ano), uma idosa com o ensino secundário (12º ano) e um licenciado. Isto vai de encontro ao que Mauritti (2004) afirma de que as gerações mais idosas apresentam baixos níveis de habilitações escolares, e à medida que se avança na idade a tendência é para que esse grau diminua ainda mais, sendo muito poucos aqueles que concluíram o nível secundário, e ainda menos os que frequentaram o ensino universitário. Todos os participantes são reformados, com exceção de Pedro que mantém algumas das funções de padre. Quando em atividade profissional desempenharam funções pouco remuneradas que vão desde operário/a fabril (dez), agricultor (dois), empregada de servir (dois), doméstica (uma), mineiro (um) e talhante (uma), o que lhes confere baixo estatuto socioeconómico. A

grande maioria dos entrevistados (quinze) são naturais de Manteigas, e os restantes são oriundos de concelhos vizinhos, pertencentes à Beira Interior, nomeadamente, Covilhã (dois), Guarda (uma), Sabugal (uma) e Almeida (um). Contudo, alguns participantes apresentam trajetórias de vida que os afastaram do interior, vivendo noutros países, como é o caso de Bárbara, Pedro e Cristiano, que em alguma altura da sua vida viveram no Brasil, em Moçambique e no Congo. Ou vivendo em zonas metropolitanas, como é o caso de Ana e Glória, que viveram maior parte das suas vidas longe de Manteigas, nomeadamente no Ribatejo e em Lisboa. Estes aspetos do percurso de vida dos entrevistados marcam a sua atual posição no mundo e as suas perspetivas acerca do mesmo. De recordar que os nomes dos participantes são fictícios, de modo a garantir o anonimato, e facilitar a identificação quando feitas referências aos seus discursos.

Apresentamos abaixo uma tabela com a caracterização sociodemográfica detalhada de cada entrevistado/a:

Tabela 1: Variáveis de caracterização sociodemográficas dos entrevistados – Legenda: F=Feminino; M=Masculino; N/A= Não se aplica. Fonte: elaboração própria

Variáveis de Caracterização dos Entrevistados												
Nº	Nome fictício	Sexo	Idade	Estado Civil	Nº Filhos	Escolaridade	Profissão que desempenhou	Concelho de Origem	Vive só?	Institucionaliza do/a (em anos)		
										Idoso	SCMM	
ERPI	1	Bárbara	F	94	Viúva	0	Analfabeta	Operária Fabril (Brasil)	Covilhã	N/A	3	3
	2	Carolina	F	81	Viúva	3	Analfabeta	Doméstica	Manteigas	N/A	2	2
	3	Ângela	F	73	Casada	1	12º Ano (Secundário)	Educadora Social	Sabugal	N/A	1.5	1.5
	4	Ana	F	89	Viúva	2	1ºCiclo Incompleto (2ª Classe)	Operária Fabril	Manteigas	N/A	5	5
	5	Mannela	F	85	Viúva	2	1ºCiclo Incompleto (2ª Classe)	Operário Fabril	Manteigas	N/A	-1	1
	6	Orlando	M	87	Viúvo	0	1ºCiclo Incompleto (2ª Classe)	Operário Fabril	Covilhã	N/A	10	6
	7	Miguel	M	84	Casado	2	Analfabeto	Mineiro	Manteigas	N/A	2	2
	8	Gonçalo	M	93	Casado	4	Analfabeto	Operário Fabril	Manteigas	N/A	4	2
	9	Carlos	M	85	Viúvo	1	1ºCiclo Incompleto (2ª Classe)	Agricultor	Manteigas	N/A	7	5
	10	Pedro	M	88	Solteiro	0	Licenciado	Padre	Almeida	N/A	19	16
SAD	11	Licinia	F	69	Casada	2	2ºCiclo (6ºAno)	Operária Fabril	Manteigas	N (Cônjuge)	N/A	NA
	12	Cristiano	M	86	Casado	2	1ºCiclo completo	Mecânico (Congo)	Manteigas	N (Cônjuge)	N/A	NA
	13	Lúisa	F	75	Casada	1	1ºCiclo completo	Operária Fabril	Manteigas	N (Cônjuge)	N/A	NA
	14	Rui	M	75	Casado	1	1ºCiclo completo	Operário Fabril	Manteigas	N (Cônjuge)	N/A	NA
	15	Cátia	F	84	Casada	2	Analfabeta	Empregada de Servir	Guarda	N (Cônjuge)	N/A	NA
	16	João	M	84	Casado	2	1ºCiclo completo	Agricultor	Manteigas	N (Cônjuge)	N/A	NA
	17	Paula	F	72	Divorciada	2	1ºCiclo completo	Operária Fabril	Manteigas	N (Companheiro)	N/A	NA
	18	Vera	F	83	Viúva	5	Analfabeta	Operária Fabril	Manteigas	S	N/A	NA
	19	Matilde	F	75	Casada	1	1ºCiclo completo	Talhante	Manteigas	N (Cônjuge)	N/A	NA
	20	Glória	F	98	Viúva	0	Analfabeta	Empregada de Servir (Lisboa)	Manteigas	S	N/A	NA

1.4.2. Caracterização da saúde dos entrevistados

Todos os idosos entrevistados têm pelo menos uma doença diagnosticada, sendo o quadro clínico da maioria marcado por múltiplas doenças crónicas. De todos os entrevistados, apenas Glória, Bárbara, Gonçalo e Pedro apresentam apenas uma morbilidade, enquanto os restantes dezasseis participantes apresentam multimorbilidades. Os participantes em SAD apresentam entre duas e quatro doenças,

enquanto em ERPI estes apresentam entre quatro e oito doenças em simultâneo, o que indica o seu maior grau de dependência.

Os problemas de saúde dos participantes vão desde diferentes tipos de tumores, a diversos problemas respiratórios e do sistema digestivo, problemas musculo-esqueléticos, havendo uma maior incidência e variedade de doenças relacionadas com os sistemas cardiovasculares e neurológicos. A hipertensão arterial (nove) e os diabetes (oito) são as doenças que mais marcam este grupo, seguindo-se as sequelas de AVC (seis), as demências (cinco), entre as quais o Alzheimer e o Parkinson, as fraturas (cinco), muitas vezes decorrentes de quedas, e as depressões (quatro). Apresentamos abaixo uma tabela que caracteriza cada entrevistado/a quanto ao seu estado de saúde:

Tabela 2: Caracterização da saúde dos entrevistados. Fonte: elaboração própria

Caracterização da saúde dos entrevistados				
	Nº	Nome fictício	Doença Diagnosticada (informação cedida pela SCMM)	Ex-doente COVID-19
ERPI	1	Bárbara	Fratura da tibia e do ombro	Não
	2	Carolina	Colesterol; Diabetes; Dislipidemia; Hipertensão arterial	Sim
	3	Ângela	Cardiopatía; Diabetes; Dislipidemia; Hipertensão arterial; Parkinson; Sequelas de AVC; Síndrome ansiosa e depressiva; Síndrome vertiginosa;	Não
	4	Ana	Diabetes; Dislipidemia; Fratura da coluna; Incontinência urinária; Osteoporose; (Princípios de) Alzheimer	Não
	5	Manuela	Diabetes; Fratura vertical; Hipertensão arterial; Sequelas de AVC;	Não
	6	Orlando	Epilepsia; Insuficiência cardíaca; Síndrome vertiginosa	Sim (hospitalização)
	7	Miguel	Adenocarcinoma da próstata; Fibrilação auricular; Hipertensão arterial; Insuficiência cardíaca; Pólipos intestinais; Silicose pulmonar; Úlcera gástrica	Sim
	8	Gonçalo	Sequelas de AVC	Não
	9	Carlos	Enterocolite por MRSA; Fibrilação auricular; Hérnia inguinal; Sequelas de AVC (x2)	Não
	10	Pedro	Parkinson	Sim
SAD	11	Licinia	Diabetes; Hipertensão arterial; Problemas oncológicos	Sim (hospitalização)
	12	Cristiano	Hipertensão arterial; Sequelas de AVC;	Não
	13	Luísa	Fratura do fémur e do úmero; Hipertensão alta	Não
	14	Rui	Hipertensão arterial; Insuficiência cardíaca;	Não
	15	Cátia	Demência (em fase inicial); Depressão; Diabetes	Não
	16	João	Diabetes; Problemas na próstata	Não
	17	Paula	Depressão; Sequelas de AVC; Tromboflebite	Não
	18	Vera	Diabetes; Problemas respiratórios	Não
	19	Matilde	Demência; Depressão; Parkinson; Problemas cardíacos	Não
	20	Glória	Hipertensão arterial	Não

A presença da doença crónica constitui uma situação “normal” que acompanha os doentes ao longo do seu percurso de vida, onde estes têm que lidar com o controlo e a gestão contínua da doença (Tavares, 2020) Desta forma, os participantes vivem diariamente com as condições clínicas que lhes estão subjacentes, o que condiciona a sua ação e molda a forma como estes se colocam no mundo. Isto verifica-se através dos

discursos dos participantes, que ao longo das entrevistas mencionam diversas vezes os seus estados de saúde e a forma como a sua vida se constrói em torno deles.

Não obstante a partilha de uma situação semelhante, a experiência da doença crónica é muito variável, devido à diversidade de doenças que compõe esse universo, podendo estas ter “(...) *diferentes características, gravidade, podem ser mais ou menos fatais, mais ou menos estáveis, com maiores ou menores implicações na vida quotidiana dos doentes (...)*” (Tavares, 2020; p.60). Além disso, segundo o mesmo autor, a variabilidade das doenças crónicas é tão grande que vai desde casos em que o mal-estar não é percecionado pelos portadores até casos que supõe a presença próxima da morte.

Às doenças crónicas com que estes indivíduos têm que lidar diariamente, veio juntar-se a COVID-19, decorrente da pandemia que atravessamos. Como veremos mais à frente, alguns dos idosos entrevistados (cinco) tiveram que lidar com a experiência de ter COVID-19, tendo dois deles necessitado de hospitalização.

Capítulo 2: Análise e interpretação dos dados

2.1. Representações sociais da COVID-19 nos media

Nas sociedades contemporâneas ocidentais, a produção e divulgação de conhecimento não é apenas responsabilidade da ciência, existindo diversos organismos que o fazem (Augusto, 2004), nomeadamente os meios de comunicação social, também chamados *media*, como é o caso dos telejornais. Assim, o conhecimento sobre esta nova doença e pandemia que atravessamos está dispersa por uma variedade de canais disseminadores que o fazem chegar ao público, não estando, por isso, reservado aos meios convencionais de comunicar a ciência. Desde o início da pandemia COVID-19, mais especificamente desde o surgimento dos primeiros casos de coronavírus em Portugal, que os telejornais portugueses têm acompanhado o evoluir da situação pandémica de forma minuciosa e avassaladora. Estes passaram a reportar diariamente o número de infetados, internados nos cuidados intensivos, mortos e recuperados. Têm também tido um papel central na transmissão das informações relacionadas à COVID-19, desde a transmissão da informação biomédica existente acerca do vírus, à divulgação das medidas (individuais e coletivas) de combate à pandemia, à exposição de situações de incumprimento de regras, entre muitos outros aspetos relacionados com o tema.

Também desde muito cedo, a população idosa foi classificada como grupo de risco, facto que foi amplamente divulgado pelos meios de comunicação social, que alertavam para a

vulnerabilidade desta população ao novo coronavírus, incentivando o autoisolamento e a proteção deste grupo face a este novo risco. Contudo, a vulnerabilidade deste segmento da população e o perigo que estes indivíduos corriam ganhou uma maior notoriedade no final de 2020 e início de 2021, quando por todo o país surgiram centenas de surtos em lares de idosos, aspeto esse que não passou despercebido aos media, que durante meses acompanharam de perto e exaustivamente o desenvolver desses surtos e o transmitiram a toda a população.

Em meados de dezembro, quando se começou a assistir a um aumento de infeções em ERPI, rapidamente os telejornais dos canais generalistas começaram a trazer para o público casos de surtos e óbitos por COVID-19 em lares, como por exemplo, “4 utentes infetados, um deles (...) acabou por morrer” (SIC, 01.12.2021), “surto em lar de Nelas com 74 pessoas infetadas” (RTP, 04.12.2020), “lar da Misericórdia de Marvão com 35 infetados e um óbito” (RTP, 09.12.2020), “registou-se a primeira morte no lar onde há mais de 50 infetados” (TVI, 19.12.2020), “na misericórdia de Coimbra (...) utentes testaram positivo (...), 4 tiveram a necessidade de ser internados, houve ainda a morte de um idoso” (SIC, 20.12.2020). Expondo assim o perigo que a população idosa, principalmente aquela que se encontra institucionalizada, corria face ao novo coronavírus. Já o mês de janeiro, em Portugal, foi marcado pelo agravamento da situação pandémica em todo o país, e os lares não fugiram à regra, tendo sido neste mês que se deu o pico do número de infeções em lares. Como tal, o assunto dos surtos em lares dominou os *media* portugueses durante todo o mês com notícias diárias de várias situações de infeções e mortes por COVID-19 neste tipo de estruturas: “surto em lar de Mangualde já levou 18 utentes para o hospital” (SIC, 02.01.2021), “várias mortes em lares de idosos no distrito de Beja” (RTP, 03.01.2021), “casos em 9 lares e mais de 300 utentes infetados” (TVI, 03.01.2021), “surtos de covid em vários lares (...) em Mourão há 70 infetados e já se registaram 3 vítimas mortais” (TVI, 05.01.2021), “morreram mais três pessoas no lar da Santa Casa da Misericórdia de Mértola (...) com idades entre os 85 e os 87 anos” (SIC, 07.01.2021), “senhora de 98 (...) acabou por falecer (...) sobe para 21 o número de óbitos a lamentar no lar de Mértola” (RTP, 11.01.2021), “surto em lar de Poiães com 130 infetados” (TVI, 11.01.2021), “todos os utentes estão infetados com COVID-19 (...) 5 (...) já faleceram. (...) todas as pessoas que perderam a vida tinham mais de 90 anos” (TVI, 20.01.2021), “faleceram dois utentes (...), 85% dos utentes estavam infetados (...) Há surtos em cerca de (...) 191 lares” (RTP, 30.01.2021). No final deste mês e no início de fevereiro os *media* começam a fazer um balanço do número de vítimas mortais por COVID-19 em lares, “COVID-19 já fez 3 750 mortes em lares de idosos” (TVI, 09.02.2021).

O uso de estatísticas foi e é uma prática recorrente por parte dos *media*, estas conferem-lhe uma determinada credibilidade, tornando assim as informações mais objetivas e com um cunho científico. Além disso, o uso incansável das estatísticas, como é feito no caso das notícias referidas, contribui para que a ciência, como a biomedicina, e o jornalismo sejam vistos como discursos institucionais caracterizados como conhecimentos “factuais” e objetivos, o que lhes concede uma dada autoridade. Contudo, não podemos esquecer que qualquer discurso e qualquer conhecimento é uma produção social, e como tal não é neutro, refletindo as normas dominantes do contexto em que se encontra. Assim, as revistas, os jornais, a TV entre outros meios de comunicação social, reproduzem e legitimam o conhecimento biomédico contribuindo para a hegemonia da biomedicina (Augusto, 2004). No contexto da pandemia da COVID-19, as estatísticas apresentadas pelos telejornais são usadas não só para salientar a cientificidade dos factos relatados, mas também, como pudemos observar, para demonstrar o perigo que o coronavírus e a doença que este tem associada representam para a população, principalmente para a população idosa. Desta forma, em geral, as notícias divulgadas pelos *media* ao longo da pandemia, e principalmente nestes três meses que marcaram a pior fase para Portugal, são permeadas pela ideia de perigo e catástrofe iminente, características típicas da sociedade de risco de Beck e Giddens.

Com maior ou menor frequência todos os entrevistados admitiram assistir ou ter assistido à televisão nos últimos tempos:

“(...) Na televisão uma coisa que mais me interessa é as notícias, que de resto... (...) Eu sei lá, olhe a gente dizem tanta coisa, não falam noutra coisa se não isso (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) Eu vejo a televisão todos os dias. (...) Ó Santo Deus! Mesmo assim os vírus já acalmaram um bocadito já estão... ainda morre todos os dias dezasseis mil e não sei quantos, e internados às vezes são mil e tal... (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“Ficava com pena das pessoas que morriam, (...) Ainda estão a morrer. (...) Esteve um bocado complicado nos lares. (...) a mim o que me tem valido é a televisão. Ele [o marido] às vezes abala, vai a fazer as compras (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

“(...) O que sei mais é a televisão que ouço mais que eu não falo a quase com ninguém. (...) Tinha medo então (...) eram muitos que morriam na altura. (...)”
(João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

A ideia de perigo iminente difundida pelos *media* acaba por se refletir nos entrevistados, uma vez que, como pudemos observar no seu discurso, na generalidade, os idosos que participaram neste estudo admitem que ao assistir televisão não ficavam indiferentes aos relatos que passavam, e que estes lhes provocaram ou ampliaram sentimentos de tristeza, de nervosismo e ansiedade, podendo esses sentimentos acabar por se refletir na sua saúde física. Como é o caso de Luísa e Rui que admitem que assistir aos telejornais aumentava os seus sentimentos de medo, ou o caso de Ângela que confessa que a informação que lhe chegava pela televisão a colocava numa situação de stress, ou ainda o caso de Pedro, que afirma que ouvir constantemente as notícias acerca da COVID-19 teve um impacto negativo na sua saúde:

“[Luísa] Às vezes víamos [as notícias] (...). (...) às vezes ficávamos assim aflitos quando dava assim que já tinham subido tantos, tantos aqui como ali como além. ‘Ó isto está a ficar péssimo, ó Rui! (...)’ [E: sentiam medo?] [Rui:] Claro (...) [Luísa] Ficávamos um bocadinho assim, assustados (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)

“(...) Via. (...) que estava tudo muito mal, do pior, que estavam a morrer muitas pessoas que outras, tantos doentes que entravam e eram internados, e que já estavam a ir, já não cabiam nos hospitais, e iam para os coisos militares e isso... (...) A gente ficava nervosa, ficava, ficava. Muito nervosa. (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

“(...) Nada, ultimamente, mas agora puseram-me no quarto [a televisão]. (...) Não comunicavam nada de novo, e adoecia mais com [as notícias]. (...) Pensava que isto não tinha remédio, que era mau. Pensava muito negativo. Isto não é fácil. (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

No entanto, toda a atenção que os *media* têm proporcionado à COVID-19 e à ameaça que esta representa para a população mais velha, e o facto de a televisão difundir opiniões de peritos ou indicações de autoridades de saúde que são contraditórias, ou que vão mudando num curto período de tempo, parecem contribuir para o aumento da incerteza e para a diminuição da confiança na pericialidade:

“(...) Nem sempre [vê televisão], porque às vezes uns diziam uma coisa e outros diziam outra e não sabia qual era a verdade, e parece que a minha verdade não é igual (...). (...) na televisão às vezes já nem quero ver, já nem quero ver, porque estão a dizer uma coisa, daqui a pouco já estão a fazer outra (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Além disso pelo discurso da Paula, assim como o da Vera, do Cristiano e do João, podemos perceber que estes começam a estar saturados face à grande quantidade de informação que é depositada todos os dias nos diversos meios de comunicação social. Parece, assim, haver um certo *overload* de informação, que, de certo modo, acaba por dessensibilizar os indivíduos, que acabam por criar distância relativamente ao que está a ser difundido, muito provavelmente como forma de se defenderem e preservarem emocionalmente.

“(...) De ouvir a gente tanta coisa nem ligava. Nem a ligava (...). Não vejo muito televisão, mas ajuda a passar o tempo. (...) [E: ouvia as notícias sobre a COVID-19?] Então não ouvia? A gente até ficava assustada, apagava logo. (...) A gente ouve tanta coisa (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“(...) Ouvei, depois até deixei de ver, então é sempre a mesma coisa, sempre a mesma coisa. Já é de mais. (...) Tanta informação que dão na televisão, como em vídeos que me mandam que é de mais. Já não se ouve mais nada que se não o COVID. (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

“(...) Agora já não ligo a isso, (...), em primeiro ligava lá às conversas deles, agora já não ligo tanto olha. (...) havia (...) médicos que iam para lá falar até antigos (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

Importa reconhecer os *media* não especializados como uma importante área de divulgação do conhecimento (Augusto, 2004), uma vez que nas sociedades contemporâneas eles são uns dos responsáveis pela disseminação dos conhecimentos científicos (Tavares, 2020), permitindo um maior diálogo entre especialistas e leigos (Popay & Outros, 1998). Contudo, ainda que os *media* permitam trazer a pandemia da COVID-19 para o debate público, e constituam um valioso meio de transmissão de informações fundamentais ao combate da pandemia, o modo como enquadram e ordenam os conhecimentos, como relatam os acontecimentos e a forma como se posicionam em relação a eles, levam-nos a construir significados que acabam por influenciar as representações sociais e as práticas dos indivíduos. Deste modo, as representações que os *media* têm da COVID-19 refletem e simultaneamente constroem

a imagem que os indivíduos, como é o caso dos idosos, têm da COVID-19 e da pandemia. Isto porque os meios de comunicação social não só refletem os significados que os indivíduos atribuem ao novo coronavírus e à pandemia, mas também influenciam a forma como os indivíduos, como o grupo dos idosos, constroem esses significados, o que irá ter consequência ao nível das atitudes e dos comportamentos adotados em contexto pandémico.

2.2. A COVID-19 pelo olhar dos idosos

Passamos, agora, a analisar quais são os significados que os idosos atribuem à COVID-19 e como percebem a sua transmissão; quais os perigos que associam a esta nova doença e à pandemia dela decorrente; vamos ainda analisar como é que os participantes se posicionam face ao risco e ao “grupo de risco” biomedicamente definido; e de entre as medidas preventivas e os comportamentos de risco, quais constituíram práticas destes indivíduos, face a este novo perigo.

2.2.1. Explicações para COVID-19 e sua transmissão

Como vimos, a COVID-19 foi amplamente difundida pelos *media*, os quais têm divulgado de forma constante esta nova doença, seguindo uma visão biomédica que a coloca como uma “(...) *doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia*” (DGS, 2021b). A chegada ao público dessa definição influencia a forma como os indivíduos atribuem significados a este fenómeno. Isto percebe-se no facto de que todos os entrevistados deste estudo utilizarem e adaptarem termos dessa definição para explicar esta nova doença, utilizando frequentemente as palavras “vírus” ou “doença”:

“Eu sei lá menina, diga lá, é um vírus que para aí anda, eu sei lá. Não lhe sei dizer o que é, só ouço dizer que é um vírus, não sei” (Luísa, 75 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

“Ó, eu não percebo nada disso. Eu não percebo nada, para dizer a verdade eu não percebo nada (...). (...) da doença que veio (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)

“É um vírus, não é? É um vírus. (...) É uma coisa que nem se vê e de roda as pessoas” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)

Porém, apesar de as pessoas utilizarem aspetos da visão biomédica nas suas explicações, elas também incorporam outros aspetos da cultura popular, nomeadamente a ideia de “mal” ou “bicho”:

“(...) Ó dizem que é um mal perigoso, sei lá, é o que dizem (...) Diz que é um mal que é nos pulmões não sei quê, que ataca o pulmão não sei quê. É o que ouço não sei (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“(...) Dizem que foi o bicho. Ou foi o bicho ou outra coisa. (...) Isto não foi bicho nenhum, pois não? Dizem que é o vírus, é o vírus, dizem que é o bicho... (...) Eu sei lá, não sei explicar (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19, ERPI)

“Eu não sei o que é. Então? Sei lá. (...) a minha mulher andava meia doente (...). a enfermeira disse que acusava o bicho (...). Pensava que era o bicho, que era o mal, como aí andava pensei isso” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Isto deve-se ao facto de os sentimentos acerca do mal serem projetados na doença (Sontag, 1989), como foi possível observar pelos discursos de João, Carolina ou Miguel, entre outros entrevistados que participaram neste estudo.

Outro aspeto que é comum em todos os discursos dos participantes é a presença da incerteza face a este novo risco. Tal facto reflete a consciência coletiva de insegurança, incerteza e ambivalência de se viver numa sociedade cada vez mais vulnerável aos riscos imprevisíveis, desconhecidos e sem precedentes (Ekberg, 2007).

“O surgimento de uma nova doença epidémica, quando durante décadas foi confiantemente assumido que tal calamidade pertencia ao passado, muda inevitavelmente o estatuto da medicina” (Sontag, 1989; p.113). Tal facto, aliado à reflexividade característica das sociedades contemporâneas leva os indivíduos a reconhecerem as limitações do conhecimento e a existência de incertezas, colocando todo o conhecimento, incluindo o científico, como sendo incompleto e aberto à revisão (Lupton, 1999b). Podendo isto conduzir à descrença na opinião dos especialistas e a um ceticismo em relação à ciência e à informação científica. Este aspeto está presente nos discursos de vários entrevistados, mas principalmente no de Pedro, que apesar de desenhar esta nova doença como um “vírus” admite desconfiar de toda a informação que é divulgada, pondo constantemente em causa o “conhecimento perfeito” da ciência, o que leva este participante a admitir que não tem “uma opinião bem formulada sobre o vírus”:

(...) sou contra muitos que se pronunciam sobre o vírus (...). Porque maiores inteligências e grandes figuras da história, e a Assembleia da República e tudo isso... há muito engano, há muito engano. Há muito quem fale sobre o vírus sem

saber nada. (...) as pessoas que eu conheço assim de mais perto não têm, não dão sinal do conhecimento perfeito, nem de fora [da instituição] nem de dentro. (...) Não, eu não tenho opinião bem formada sobre o vírus (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

No entanto, uma vez que, nas sociedades contemporâneas, o conhecimento científico se mostrou incompleto (Lupton, 1999b), os indivíduos recorrem à reflexividade para procurar explicações, que vão além do conhecimento científico, para dar significado a um determinado fenómeno. Desta forma, as reflexividades leigas não envolvem apenas a avaliação racional e individualista dos conhecimentos especializados, elas incluem o conhecimento desenvolvido através da experiência, da observação e das interações com os outros atores no quotidiano. (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002). Tal facto, leva alguns dos idosos entrevistados a recorrerem a experiências anteriores, pessoais ou coletivas, para procurar dar significado à pandemia decorrente da COVID-19, como é o caso de Cristiano que recorre a doenças que existiram anteriormente e que tiveram um grande impacto na sociedade assim como à sua experiência de ter vivido em África onde conviveu com inúmeras doenças, ou o caso de Vera e Paula que também referem que antes da pandemia COVID-19 existiram outras epidemias igualmente preocupantes e avassaladoras:

“COVID-19 para mim é uma doença como outra qualquer, que antigamente houve para aí muitas doenças deste género... sobretudo que eu me lembre, era o SIDA que andava aí toda a gente aflito... e... e também febres que havia antigamente... (...) e tem que se lidar com elas. (...) na África (...) temos a febre amarela, temos o ébola que era um perigo desgraçado e vivia-se com ele (...) Mas tantas doenças (...) que lá tinha pela África que nem se liga a isso” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

“(...) já noutro tempo também assim veio uma epidemia muito grande por isso, vir ou não vir, se chega a hora tem a gente que esticar a perna e ir. (...). Às vezes também nem acredito que é micróbio, que é bichos ou que é isto... são coisas que têm que vir, acho que sim. São coisas que aparecem e a gente tem que as aguentar, é assim (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“O COVID-19 é uma grande aflição (...), são doenças infecciosas, mas diz que nunca se viu, eu por acaso nunca andei com máscara sem ser agora (...) Mas, antes de nós, (...), já vieram outras coisas, não andaram com máscara, morreu muita gente, muito mais do que aquela que agora vimos partir, (...). Já houve a peste negra, já houve isto e aquilo, muita coisa que já houve antes (...). Sempre houve

pandemias, não era o COVID, era outra coisa (...). (...) Obra de Deus. (...) nada é por acaso, minha querida. Tudo o que aqui fizermos, tudo aqui pagamos (...)
(Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Através dos discursos de Vera e Paula, pudemos ainda notar que estas entrevistadas recorrem não só a experiências passadas para dar significado à COVID-19, mas também às suas crenças pessoais, associando a pandemia ao destino ou a forças sobrenaturais, como a intervenção divina. A elas junta-se também Manuela que coloca a doença COVID-19 como uma punição:

“O CO... isto que nem sei dizer essa palavra? Os vírus. (...), uns dizem que é micróbio que anda no ar, outros dizem que é o raio do bicho, e eu não. (...) Para mim, é Deus, está muito ofendido com o mundo e Deus deu uma palmatória ao mundo e morre as pessoas que Deus termina. Para mim é isso, nem é bicho nem é nada, é Deus que termina tudo. (...) Olhe que é o mundo inteiro (...) Deus está muito zangado com o mundo e com as pessoas, há cá muitos pecados. (...) Deus castiga e dá a morte. (...) Deus está muito ofendido, há muitos roubos, muitas mentiras, muito ódios, muita inveja, tudo quer ser rico, não pode ser (...)
(Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

O facto desta entrevistada colocar a COVID-19 como uma doença merecida por culpa pessoal ou coletiva deve-se à associação existente entre a saúde os valores de uma determinada sociedade ou grupo. Isto acontece porque as doenças sempre foram usadas como metáforas para acusar a sociedade de ser corrupta e injusta, estando elas associadas a temas como a corrupção ou a decadência. A própria doença transforma-se assim numa metáfora. Como tal, as imagens da doença são usadas para expressar preocupações com a ordem social e sentimentos de insatisfação com a sociedade. Sendo que a doença é associada ao desequilíbrio social (Sontag, 1989). Também Ana recorre às suas crenças pessoais, relacionando a COVID-19 com uma premonição ou obra do destino:

“(...) veio o bicho, ou o que raio é nem sei o que é. (...) Sei lá, sei que anda tudo aterrorizado, (...) Agora (...) de onde é que vem e de onde é que não vem, o que é e o que não é... (...). (...) Ele (o marido) dizia que (...) no livro... dizia muita coisa do que ia acontecer ao mundo (...). Ele dizia que havia de vir uma guerra. Sabe-se lá se isto não é uma guerra? Isto do bicho não é uma guerra? Quantos soldados não morreram na guerra mesmo? E quanta gente já morreu por este mundo? Quantas? Não sei, eu tenho me deitado muito “Será isto uma guerra?”, a guerra

que ele que dizia no livro, não sei” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

Se observarmos o discurso de Ana pudemos observar, além da crença de que a COVID-19 é uma premonição, esta participante associa esta nova doença com uma guerra, muito provavelmente devido ao número de mortes e ao facto de a pandemia envolver vários países. Tal facto poderá acontecer porque as doenças e os tratamentos são muitas vezes descritos através de uma metáfora militar, que concebe a doença como um “inimigo” que “invade” e que é necessário “combater” através de uma guerra (Sontag, 1989).

Por vezes, essa associação da COVID-19 com uma guerra, levanta a hipótese de que esta nova doença poderá ser decorrente da ação humana. É neste sentido que Rui, Gonçalo, Bárbara entre outros participantes desenham a COVID-19 como um risco manufacturado criado pela humanidade, como consequência dos avanços tecnológicos, nomeadamente no campo da bioengenharia para a criação de armas biológicas:

“O COVID-19? Isto foi uma guerra inventada, a minha maneira de ver. Uma guerra inventada que não é preciso bombas para se ganhar uma guerra, é preciso é laboratório. E, para mim, foi isso” (Rui, 75 anos, 1º ciclo completo, operário fabril-reformado, SAD)

“Olhe, eu... pode ser que eu seja ignorante, mas esse bichinho, para mim, alguém o colocou por mão própria. (...) Eu acho que isso aí foi mão própria (...) algum avião andou por aí, andou espalhando, deixou nos hospitais (...) e espalharem isso. (...) E eu acho, menina, (...) este início que está, acho que é o fim do mundo. (...) Porque na bíblia diz que o fim do mundo está para acabar, e Deus (...) não é ele que faz. Eu acho que é um inimigo. Porque Deus não faz mal para ninguém (...) Foi o mundo inteirinho, (...), isso foi espalhado no mundo inteirinho, porque o mundo vai acabar e querem acabar com o mundo (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“Isso, para mim, das coisas dos vírus, não sei se é verdade se é mentira, isso para mim é um negócio. O primeiro negócio é o das máscaras, que são milhões e milhões de máscaras que fazem todos os dias. E os vírus diz que veio da parte dos chineses. Agora, não sei se é verdade ou se é mentira. Dizem muita coisa...” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)

Assim, os discursos dos idosos entrevistados refletem uma consciência de que os riscos das sociedades contemporâneas se caracterizam por serem manufacturados, provenientes

das decisões humana (Giorgi, 2008; Lupton, 1999b), ocorrendo a uma escala sem precedentes, não podendo ser contidos e delimitados espacial, temporal ou socialmente, tendo-se tornado riscos globalizados (Dean, 1999; Lupton, 1999b).

Como pudemos ver, os participantes procuram atribuir significado e formular explicações para construir as suas imagens e representações acerca da COVID-19 e da pandemia a ela associada. Para isso, os idosos fazem uso não só das recomendações transmitidas pela DGS, quer através dos meios convencionais de transmitir ciência, quer através dos meios menos convencionais, como é o caso dos *media*, mas também das suas experiências de vida pessoais e coletivas, e das suas crenças para dar significado à COVID-19 e ao contexto que atravessamos. Isto vai de encontro da ideia de que apesar de se assistir uma maior inclusão de parte dos saberes periciais nos saberes e conhecimentos leigos acerca do mundo, as referências que os indivíduos têm para a organização da vida e da saúde não se resumem às da medicina, nem às formas de conhecimento especializado que o saber biomédico divulga (Carapinheiro, 2011). Como tal os conhecimentos leigos não se limitam apenas a um conhecimento, pelo contrário eles incorporam diferentes formas de conhecimento e de saber que estão interrelacionados, integrando, por exemplo, o natural, o mágico-religioso, o sociopolítico, entre outras formas de conhecimento que se encontram em constante reconstrução através da reflexividade (Silva & Alves, 2011). Desta forma, as racionalidades leigas, principalmente no campo da saúde, relacionam-se com uma diversidade de conhecimentos, o que lhes confere uma lógica própria que não é passiva, emergindo da intersecção entre as influências dos especialistas, as influências sociais e culturais, a reflexividade dos indivíduos através da sua própria interpretação e da gestão da informação adquirida de diversas formas e fontes (Tavares, 2020), as quais incluem a experiência (individual e coletiva) e a observação acerca da saúde, da doença e do risco (Lupton, 1999a; Popay & Williams, 1996).

A isto soma-se ainda o facto de as doenças consideradas misteriosas apresentam inúmeras possibilidades de metáforas, e de qualquer doença importante cuja causa seja desconhecida e para a qual o tratamento seja ineficaz ter tendência a ter inúmeros significados (Sontag, 1989) estimulando o imaginário social. O que como vimos pelas narrativas dos idosos que participaram neste estudo faz com que a COVID-19 tenha a si associados diferentes representações sociais. Uma vez que as representações sociais são “(...) *imagens do real construídas em função dos sistemas de valores e de categorias de conhecimento produzidas num determinado contexto social (...)*” além incluírem “(...) simultaneamente perceções, opiniões, valores, imagens, visões do mundo, ideologias, crenças, mitos, utopias” (Tavares, 2020; p.43-44), então indivíduos ou grupos diferentes

podem ter representações também elas diferentes de um mesmo fenómeno. Daí que entre, o grupo de idosos entrevistados existam diferentes formas de desenhar esta nova doença e os seus riscos.

A COVID-19 é também caracterizada como uma doença altamente infecciosa (Jones, 2020). As doenças infecciosas propagam-se de pessoa para pessoa e são causadas por microrganismos (DGS, 2021c), como é o caso do novo coronavírus. Este vírus propaga-se através do contacto físico próximo entre indivíduos e através de gotículas respiratórias de espirros e tosse (Jones, 2020; Shahid et al, 2020). Este aspeto biomédico da doença foi também amplamente divulgado pelos meios de comunicação social, chegando à população idoso que incorpora e/ou adapta essa informação (ou não). Tal facto leva alguns idosos a reconhecer o ar como meio de transmissão:

“(...) A gente não vê nada, mas deve de ser algum micróbio que anda no ar, e sem o ver passar-se. (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“Como se apanhava? (...) Parece que até o ar apanham a gente.” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19, ERPI)

O facto de o meio de propagação do vírus ser o ar, leva a que os indivíduos coloquem a respiração e as vias respiratórias como o caminho para a entrada e saída do vírus:

“Olhe, andamos com máscara, é pelo nariz e pela boca.” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

“Pode ser pela respiração, pela respiração é que entra pelo nariz. (...) Pela respiração, e as máscaras é por causa disso (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

E faz com que estes vejam o contacto próximo com pessoas infetadas como a principal forma de contrair COVID-19:

“Contágio. (...) pode uma pessoa estar contagiada e a gente pode contagiar.” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“Diz que é pelo... a falar, diz que é preciso tapar o nariz e a boca para estar a falar com outros. (...) andar muito juntos (...). É assim que passa de uns para os outros. (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“(...) O contacto. Normalmente, o que eu sei era na questão de... aproximação e de... de se cumprimentarem. (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

Apenas Licínia defende que é possível contrair COVID-19 através do contacto com objetos, superfícies ou locais onde tenha estado alguém infetado:

“(...) A gente não sabe onde é que os apanha. Até num papel pode a gente apanhar o vírus (...) A gente também pode apanhar aí [no hospital], por muito que esteja a casa limpa se lá tiver o vírus pronto (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Há ainda quem incorpore várias explicações para desenhar a forma de contágio por COVID-19. Como é o caso de Miguel que acredita que o vírus anda no ar, e simultaneamente que é transmitido pelo contacto próximo com os outros:

“Eu sei lá. Eu até digo que nem passa, é coisas que tem que ser. Até digo que nem passa, coisas que tem que ser. A gente anda lá fora vem um ar qualquer e vírus, e não sei. Dizem que é a falar de uns para os outros, eles é que sabem. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Se observarmos o discurso de Miguel conseguimos perceber que apesar de enunciar a proximidade entre indivíduos como forma de contágio do novo coronavírus, este idoso acrescenta à sua explicação que o desenvolver desta doença ocorre ao acaso dependendo do destino como *“coisas que tem que ser”*. Opinião essa também seguida por Gonçalo e Vera, que apesar de colocarem o ar e o contacto próximo com o outro como formas de contágio da COVID-19, acabam por admitir que a contração desta nova doença também depende da sorte e do destino de cada um:

“(...) a pessoa que o deve apanhar, apanha-o na mesma (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, agricultor-reformado, ERPI)

“(...) se o tivéssemos de apanhar, a gente também não o podia evitar (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

A posição destes participantes deve-se à associação da pandemia COVID-19 a uma praga, sendo que esta é tipicamente associada ao inevitável, uma vez que tanto os despreparados como os que têm os cuidados recomendados podem ser derrubados (Sontag, 1989).

Em suma, as principais formas de contágio indicadas pelos idosos entrevistados são o ar, a respiração e o contacto próximo com pessoas infetadas, apenas Licínia refere o contacto com objetos ou locais contaminados. A estas explicações três participantes, Miguel, Gonçalo e Vera acrescentam ainda o acaso, a sorte ou o destino de cada um, colocando a contração de COVID-19 como “*coisas que tem que ser*”. E apenas Pedro não reconhece o carácter contagioso desta doença, muito provavelmente devido à sua descrença na ciência e na informação que lhe é transmitida.

Desta forma, tal como acontece com a COVID-19, também a forma como os entrevistados desenham o contágio associado a esta doença resulta da apropriação das informações provenientes do complexo biomédico e dos seus especialistas relacionando-a com as suas crenças pessoais e visões do mundo.

2.2.2. Os perigos desta nova doença pelo olhar dos mais velhos

O principal perigo associado pelos idosos entrevistados à COVID-19 diz respeito à saúde, prendendo-se com a possibilidade de morrer ao contrair esta nova doença:

“(...) o vírus é mau porque mata as pessoas, é assim a vida. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)

“(...) ouço dizer que é perigoso. (...) morreram muitos. Foi uma malina que aí veio que levou muita gente. (...) na televisão aos vinte, trinta, cinquenta e cem, ó carago. (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“(...) Os vírus são perigosos porque eles matam, as ... esse negócio que veio, onde cai, maltratado morre, a gente morre. (...) e isso aí diz que veio para matar (...). (...) não veio trazer benefício para ninguém, só morreram, só morreram menina. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) Porque mata muita gente. Então já viu o pessoal que já morreu? Nós ficamos pobres. E depois queremos manobrar a vida e não temos as pessoas já... e industriais, médicos e tudo... faz tudo falta. (...) De maneiras que isto é muito perigoso. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

E com a possibilidade de adoecer e ter de lidar com as consequências que a doença tem na vida quotidiana, como por exemplo a perda da autonomia ou das capacidades cognitivas:

“(...) [Rui] Embarcar. [Luísa] ...uns morrem, dá para morrer... [Rui] E dá para ficar... [Luísa] Dá para ficar com mazela para toda a vida (...) [Rui] A mesma coisa. (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)

“(...) a gente doente não é gente como à outra. (...) Porque não passa e dá sempre guerra. (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)

Isto reflete o facto de também nos meios de comunicação social o perigo de doença e morte por COVID-19 ser o principal risco divulgado através da difusão das altas taxas de morbilidade e mortalidade deste vírus.

Porém, como vimos no enquadramento teórico este não é o único perigo que acompanha a COVID-19. Com a pandemia observou-se uma sobrelotação dos serviços de saúde (Lloyd-Sherlock et al, 2020), em que o excesso de procura de cuidados COVID-19 levou à concentração de recursos de saúde neste tipo de cuidados, conduzindo assim à escassez de força de trabalho e à redução ou até mesmo suspensão dos serviços de saúde essenciais não relacionados ao COVID-19 (United Nations, 2020a; Goldblatt et al, 2020). Tal facto, como é perceptível no discurso de Paula, levou à marginalização das pessoas idosas e criou (ou agravou) barreiras à obtenção de serviços de saúde para as suas condições crónicas pré-existentis:

“(...) tiveram que acudir mais aquelas pessoas da pandemia, mas (...) pessoas com doenças graves também foram assim postas um bocadinho de lado e eu (...) acho que não é só a pandemia, acho que então se vamos deixar os outros para trás nada feito. (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Outro perigo que os idosos identificaram, como pudemos ver pelos discursos de Licínia e Ângela, foi o isolamento social decorrente da pandemia COVID-19 e as consequências que este tem na vida dos indivíduos:

“(...) Tudo só para mal. Muita gente está afetada mesmo até do sistema nervosa... de não saírem, de não conviverem, de não verem os familiares. Eu acho que não trouxe nada, nada bem para nada. (...) Não é só do vírus, é o isolamento. O isolamento dá caminho das pessoas. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

“(...) houve muitas pessoas, mesmo nos continuados, com o isolamento de se terem fechado nos quartos para evitar eles deixaram de andar. (...) o senhor André (...) andava sempre para trás e para diante e nunca estava quieto, e

agora... agora não consegue andar.” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

Isto vai de encontro com a ideia de que o isolamento, provocado pelo fim das visitas presenciais e das atividades em grupo, quer nos idosos institucionalizados quer nos idosos que se encontram nas suas habitações, pode ter efeitos negativos. Ele pode levar os indivíduos a desenvolverem hábitos não saudáveis (Jones, 2020), como comportamentos sedentários e diminuição ou ausência da atividade física (Sepúlveda-Loyola et al, 2020), que levam à perda de mobilidade e contribuem para um maior risco de depressão e maiores níveis de stress e ansiedade (Chen & Outros, 2020).

Como vimos, os participantes não fazem apenas referência a riscos biomédicos, também aludem a riscos sociais como foi o isolamento social, e é o caso do desemprego:

“(...) trouxe foi desemprego e coisas, (...) trouxe muita coisa, tudo fechado, tudo fechado, não podia ir para lado nenhum. (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“(...) muita gente sem trabalho, perderam os empregos, e agora se calhar para os ganharem... empresas que foram à falência... (...). Portanto há muita miséria por aí. (...) em certos lugares acho que deve faltar de comer e tudo. (...) há certas pessoas que estavam nos empregos e tiveram que sair, não é? (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

“(...) eu com os anos que tenho, é a primeira vez que vejo Portugal numa miséria, muita gente passando fome, muita gente está sem emprego (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Estes indivíduos identificam impacto provocado pela COVID-19 na economia como um perigo decorrente desta nova doença, o qual resultou da interrupção de várias atividades económicas, provocada pelas medidas de contingência (Qiu, Rutherford & Chu, 2017), levando a situações de precariedade, desemprego, *lay-off*, e perdas de rendimento (Magalhães et al, 2020), e consequentemente à insegurança alimentar provocada pela diminuição ou limitação dos recursos para aceder a alimentos e bens essenciais (United Nations, 2020b).

2.2.3. Posicionamentos face ao risco e ao “grupo de risco”

Os conhecimentos especializados, principalmente os provenientes das ciências biomédicas, tornaram-se centrais para a construção e divulgação de riscos (Lupton, 1999b) e para a definição de quem está em risco (Mendes, 2015).

Ao longo da pandemia tem sido amplamente divulgada, em especial pelos *media*, a ideia de que as pessoas com “*idade avançada (65 anos ou mais)*” (DGS, 2021d) pertencem ao “grupo de risco” à COVID-19, uma vez que, como referido no enquadramento teórico, os indivíduos pertencentes a este grupo possuem sistemas imunológicos mais fracos devido à idade e apresentam, na sua generalidade, altas taxas de morbilidade (Jones, 2020). Tal facto fez com que a idade passasse a ser a principal base para categorizar o risco nas discussões e políticas públicas acerca da COVID-19 (Trostle & Sommerfeld, 1996). No entanto apenas um entrevistado, o Rui, destaca o critério idade como característica para fazer parte do “grupo de risco”:

“São os mais velhotes que têm menos defesas então para mim é isso. (...) como eu que já temos 75 anos (...). (...) E eu cheio de mazelas (...). (...) As pessoas mais novas têm mais anti-defesas. (...)” (Rui, 75 anos, 1º ciclo completo, operário fabril-reformado, SAD)

Contudo, se analisarmos o discurso este idoso percebemos que ele toma esse posicionamento uma vez que considera que a idade está inevitavelmente associada a uma maior vulnerabilidade física por parte dos mais velhos. Tal facto, como pudemos observar acima, faz com que este entrevistado se incluí a si mesmo como membro do “grupo de risco” à COVID-19 biomedicamente definido.

A este entrevistado juntam-se outros que, apesar de não considerarem a idade um critério para pertencer ao “grupo de risco”, seguem a ideia proveniente da biomedicina de que existe uma maior vulnerabilidade à COVID-19 por parte daqueles que se encontram “doentes” e por isso são “pessoas mais frágeis”:

“(...) Olhe são aqueles que têm doença, por exemplo os diabetes, eu tinha diabetes não sei como não apanhei, e outro género de doenças. (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

“(...) aqueles que já estão... como eu. Os pulmões infetados, como eu tenho os pulmões infetados das minas, e assim, ataca mais é que a gente vai abaixo. Gentes doentes também vai abaixo que não aguentam o bicho (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) Acho que é as pessoas mais frágeis. (...) Eu tenho hipertensão, eu tenho diabetes, o que é que eu tenho mais? Eu tenho tudo. É que os diabetes afetam muito as pessoas. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Tal facto, faz com que Ângela, Miguel e Licínia, conscientes dos seus quadros clínicos e das várias doenças que os acompanham no quotidiano, reconheçam a sua fragilidade e se coloquem como membros do “grupo de risco”. Assim, fica perceptível, nestes testemunhos, que a maior disseminação dos conhecimentos científicos e um maior diálogo entre especialistas e leigos leva à inclusão de parte dos saberes periciais nos saberes e conhecimentos leigos acerca do mundo (Tavares, 2020), nomeadamente o conhecimento proveniente da própria experiência, o que neste caso se reflete nas representações leigas acerca do “grupo de risco” face a esta nova doença e num sentimento de pertença (ou não) a esse mesmo grupo.

Adaptando a visão de “grupo de risco” à COVID-19 biomedicamente definido e interligando-o com as suas visões do mundo e crenças pessoais, surgem entrevistados que dissociam o critério “idade” e “estar doente”, mantendo apenas a ideia de que a COVID-19 afeta mais as pessoas com sistemas imunológicos menos resistentes, ou seja, pessoas “*mais frágeis*”, “*mais fracas*” com “*menos defesas*”:

“Eu acho, para mim acho que será mais perigoso se a pessoa também... for fraca numas certas coisas, e que se apanhe mais fácil do que outras, (...). Agora as pessoas têm as coisas mais fortes, e dos organismos e de doenças, e então aí deve de haver alguma diferença de umas pessoas apanharem mais fácil do que outras (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“Isso é conforme a construção da gente. Eu penso que é assim, agora não sei. Pessoas que são mais fracas umas que as outras é que são mais atacadas. Penso eu. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)

“Bem, algumas pessoas têm menos defesas. (...) Acho que (...) há pessoas que apanham mais fácil (...) há pessoas que estão assim mais... não é porque elas tenham culpa (...) ou têm as defesas mais em baixo ou não sei (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Esta visão dos membros do “grupo de risco” faz com que, como pudemos ver pelo discurso de Paula, o indivíduo não seja responsabilizado pela contração de COVID-19, uma vez que no entender destes entrevistados, não era algo que pudesse controlar, mas sim algo que lhe é intrínseco.

Porém, nem todos os entrevistados pensam assim. Existem idosos, como é o caso de Cristiano, Bárbara, Glória e Orlando, que criam os seus próprios critérios para pertencer ao grupo dos indivíduos que estão em risco. Estes participantes vão além dos critérios

biológicos e colocam como critério para fazer parte do “grupo de risco” fatores como a profissão, o local de residência, e até mesmo a alimentação da pessoa e a adesão (ou não) às medidas de proteção, critérios esses associados à existência de diferentes estilos de vida:

“Acho que quem está em contacto com as pessoas que é mais, é mais perigoso. Assim como os médicos e aos enfermeiros (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

“(...) tinha aqui uma senhora (...) Ele teve-os, mas ela também era muito esquisita na comida, deixava de comer (...). (...) eu não tive porque eu também não sou esquisita (...). (...) aqui como também é serra talvez seja melhor, como estamos numa serra, talvez seja melhor para os doentes (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) aqui em Manteigas, graças a Deus, não há muito, agora em Lisboa, e na Espanha e em vários sítios e assim. (...) Em Manteigas não há cá doenças (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)

“Para quem anda por todos os lados...onde há muita gente... nas ruas das grandes cidades (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Esta associação que os entrevistados fazem entre os estilos de vida e o perigo faz com que os idosos não se incluam na definição biomédica de “grupo de risco” à COVID-19, seguida pela DGS e tão amplamente divulgado pelos *media*, uma vez que consideram não ter comportamentos de risco. No entanto, esta associação que os entrevistados fazem entre os estilos de vida e o perigo leva a uma visão reducionista que coloca os riscos como consequências das escolhas feitas pelos próprios indivíduos, estando associada ao autocontrolo (Gabe, 1995; Lupton, 1993). Consequentemente, isso reflete-se numa individualização e responsabilização individual pelos riscos em saúde (Mendes & Ferreira, 2013), uma vez, que torna os indivíduos responsáveis por diminuir os riscos e os impactos da doença de modo a não colocar em causa o seu bem-estar (Lupton, 1993). Essa responsabilização individual reflete-se principalmente no discurso de Bárbara quando fala acerca de uma colega que faleceu por COVID-19:

“Os vírus que ela teve não ficaram bem curados (...) ela morreu (...) porque ela não se tratou bem, não se tratou (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

É de reparar que este critério enunciado pelos entrevistados, que interliga a vulnerabilidade à COVID-19 com os estilos de vida de cada um, vai além dos critérios gerais adotados pela biomedicina. Enquanto esta homogeneiza os indivíduos que fazem parte do grupo de risco, agrupando-os como sendo todos aqueles que têm menos defesa e ignorando os contextos sociais mais amplos em que estes se encontram, os participantes demonstram reconhecer a influência dos contextos quotidianos na amplificação ou minimização da vulnerabilidade ao risco da COVID-19. Tal facto mostra que os conhecimentos leigos são mais contextuais, mais localizados e individualizados do que os conhecimentos periciais (Lupton & Tulloch, 2002).

Por outro lado, existem também participantes que veem o risco associado à COVID-19 como sendo um risco universal e contínuo, que afeta todos os segmentos da população, desde o grupo dos mais velhos até ao grupo dos mais novos:

“[Rui] *São os mais velhotes (...)* [Luísa] *Mas também há novos...*” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo completo, operários fabris-reformados, SAD)

“*Dizem que os mais novos que agora está pior, não sei quê. Não sei. (...)*” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“*(...) isso aí diz que veio para matar, e deu nas criancinhas também (...). (...) Oh eu achava que vinha para matar todo o mundo (...)*” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“*(...) eu penso que sim, agora a certeza não sei, mas deve ser. Deve ser perigosa para toda a gente. Digo eu, não sei*” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)

Ao colocarem o risco face à COVID-19 como podendo afetar todos os segmentos da população, estes participantes, demonstram ter consciência do carácter global e “democrático” do risco que predomina na “sociedade de risco” em que vivemos, uma vez que todos estariam igualmente expostos e sujeitos ao risco (Ekberg, 2007; Lupton, 1999b; Mendes, 2015).

Além disso, eles afastam-se da categorização dicotómica dos indivíduos como pertencentes (ou não) ao “grupo de risco”, e seguem uma visão que coloca o risco como um continuum. Desta forma, o risco é um *continuum* e está sempre presente, o que pode existir são grupos de alto e baixo risco. Ou seja, apesar de haver subpopulações que são atingidas com mais frequência e gravidade que outras por determinados riscos, toda a população está sujeita a eles (Trostle & Sommerfeld, 1996). Como tal, os indivíduos,

mesmo posicionando-se fora do “grupo de risco” à COVID-19 biomedicamente definido, podem considerar-se em perigo e ter diferentes posicionamentos dentro do seu espectro. Assim sendo, os idosos podem situar-se como correndo maior ou menor perigo face a um mesmo risco, dependendo da avaliação que cada um faz do risco e do contexto em que se encontra.

Entre os participantes que admitem sentir que correm perigo e expressam sentimentos de medo face à COVID-19 colocando este novo risco como um risco elevado é possível encontrar tanto indivíduos que se autointitulam como pertencentes ao “grupo de risco” à COVID-19, como é o caso de Ângela, Rui e Licínia, como indivíduos que não se consideram membros desse grupo. Isto porque para estes idosos todos os indivíduos fazem parte do “grupo de risco” pois todos estão sujeitos ao risco de contrair COVID-19 e/ou porque associam o “grupo de risco” como sendo constituído por indivíduos que correm riscos devido a estilos de vida perigosos e às escolhas pessoais.

O facto de colocarem a COVID-19 como um risco universal e imprevisível leva alguns entrevistados a posicionarem-se como estando sujeitos a esse risco, considerando-se em perigo:

“Tinha medo tinha. (...) Ah pois sentíamos. (...) Quando diziam ‘à fulano está com COVID aí não sei quem’... tínhamos muito medo. Medo, medo mesmo. Tinha medo tinha. (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo completo, operários fabris-reformados, SAD)

“Oh, então uma pessoa, quando se sente uma doença, conta o pior ainda, então nós vemos todos os dias a morrer tanta gente com os vírus, e eu não sou mais nem menos que os outros. (...) Estava [em perigo], pois então (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“Oh, então não tinha medo? (...) podia apanhar (...). Diz que aquilo que se apanha fácil (...) Tinha medo então, tinha medo também de apanhar, eram muitos que morriam na altura. Tinha medo.” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

Essa sensação de perigo é ampliada pela autoavaliação que os indivíduos fazem dos seus estados de saúde. Indivíduos que, por possuírem uma morbilidade que marca as suas vidas quotidianas, fazem uma autoavaliação negativa dos seus estados de saúde colocam o perigo da COVID-19 como alto:

“Sentia medo porque que não viesse cá bater aquilo à nossa porta, porque para mal já chega a [doença] que eu tenho” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)

“(...) eu, por acaso, agora com os COVIDs só fazia atenção e tinha medo... (...) de apanhar a coisa. (...) doença tenho eu que me chega (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

É ainda de notar que no grupo daqueles que posicionam o risco à COVID-19 como elevado, se encontram mais idosos e idosas que vivem nas suas residências do que idosos que vivem institucionalizados. Tal facto poderá sugerir que estes se consideram mais expostos a este novo risco, quando comparados aos idosos em ERPI, muito provavelmente devido ao carácter fechado deste tipo de instituições que concentram a vida do indivíduo ao interior da instituição, conferindo-lhes uma maior sensação de segurança face ao risco que se vive no exterior.

Por outro lado, há participantes que admitem sentir que correm perigo no contexto pandémico, mas que não expressam sentimentos de medo face à COVID-19, não porque não reconheçam a perigosidade do vírus. Os motivos que levam estes participantes a tomar esse posicionamento prendem-se com o facto de estes atribuírem ao risco decorrente da COVID-19 um carácter incontrolável e imprevisível, proveniente do destino e, como tal fora do seu controlo aceitando o que lhes vier a acontecer:

“Não (tinha medo). Então, eu estava sujeita como estavam os outros, não é? Mas graças a Deus não tive nada pronto, estou feliz da vida” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

“Isso... essas coisas eu não ligo. (...) Isso é assim, a pessoa que o deve apanhar apanha-o na mesma. (...) Uma pessoa que vai pensar nisso é pior. Faz-se mais velho. Nunca pensei nisso. (...) Porque não penso nessas coisas. Estou aqui até Deus querer, pois é assim” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril, ERPI)

“Oh, olhe sou igual aos outros, há de ser o que calhar, há de ser o que Deus quiser. (...) Não. Não tinha [medo], tendo de vir não me importava, a gente tem que seguir o nosso caminho. (...) Não. Eu não tenho medo, não, não tenho. (...) Não. Eu não tenho medo. Nós já durámos muitos anos (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, empregada de servir-reformada, SAD)

Alguns indivíduos, como Bárbara, Miguel e Paula, reconhecem que não é apenas a velhice que é marcada pela existência de vários riscos, mas sim toda a existência humana. Assim,

os indivíduos são conscientes da existência de vários riscos, com que são confrontados no quotidiano (Lupton, 1999b),

“Não não, nunca tive medo, (...). (...) Eu nunca tive medo. Nunca tive medo. (...) nunca fugi, há de ser o que Deus quiser (...). (...) Em perigo, nós estamos todos os dias, não penso nisso.” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

o que os leva a desenhar a COVID-19 como mais um risco no meio de tantos outros. Isto é observável principalmente no caso de Miguel. Este entrevistado reconhece que se enquadra no “grupo de risco” biomedicamente definido e a existência do perigo proveniente da COVID-19, no entanto, coloca-o como incontrolável, como mais um risco de saúde associado à velhice, mas também como um perigo no meio de tantos outros com que foi confrontado ao longo da vida, considerando-o como um risco menor do que aquele que ele corria durante a sua atividade profissional:

“(...) Eu medo já não tenho, a gente já não anda cá a fazer nada, não é? (...) tanto me importa que me venha ou que morra. Se vier, cá estou. Então, há de ser o que Deus quiser, se vier tenho que o aguentar. (...) eu tenho a felicidade de andar aqui. Porque trabalhei muito, muitos anos nas minas debaixo de terra. As minas são perigosas, o minério, (...), era muito perigoso aquilo, tanto que arreventava com a gente num instante, e também já estou arreventado eu. Eu... já é milagre aqui andar. (...) muito mais (perigoso), ou ou... (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Como vimos, no espectro do risco, Miguel coloca a COVID-19 como um risco menor do que os perigos associados ao trabalho nas minas. Efetivamente, os riscos biomédicos, definidos pelos especialistas, fazem parte de um contexto mais amplo, onde se encontram em conjunto com vários outros riscos, que podem ser vistos pelos atores sociais como sendo mais importantes (Rhodes, 1997).

A isto soma-se a experiência de Miguel ter estado infetado com COVID-19 apenas com sintomas ligeiros, o que influencia a avaliação do grau de risco que associa a esta nova doença:

“Não pode ser muito perigoso, porque... passa, aquilo passa depressa (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Como vimos, a importância dada a diferentes riscos depende muitas vezes das experiências pessoais de cada um, uma vez que essas experiências podem levar à

desvalorização ou valorização de um risco em detrimento de outro. Tal facto é também observável no caso da Paula, que posiciona o risco da COVID-19 como baixo, devido à consciência de que vivemos numa sociedade repleta de riscos imprevisíveis a que estamos quotidianamente sujeitos, riscos que, no seu entender, representam um maior perigo que a COVID-19. A isto somam-se ainda as suas experiências de vida pessoais, tendo esta relatado que a determinada altura esteve muito doente (com uma doença não COVID-19), quase a morrer, acabando por sobreviver:

“Mas medo não, não, não tenho medo (...) Eu já estive entre a vida e a morte e não era com o vírus. Sei que é perigoso, mas tudo é perigoso, tudo é perigoso, minha querida. (...) podia nem estar na pandemia, ir aqui tombar para o lado, ou batia além ou mesmo sem bater queimam-se os fusíveis e a gente vai desta para melhor (...) o COVID não é o pior de tudo (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Esta entrevistada toma essa posição também devido ao reconhecimento de que os comportamentos individuais, decorrentes dos diferentes estilos de vida e da adesão (ou não) aos comportamentos preventivos, influenciam o perigo a que estamos sujeitos. Segundo esta idosa, o risco que a COVID-19 representa para ela é baixo, uma vez que leva um estilo de vida que não a coloca em situações de maior risco, nomeadamente evitando ajuntamentos, permanecendo em casa, e adotando as medidas preventivas recomendadas pelos especialistas:

“Nunca tive muito medo, eu também (...). (...) ando mais ou menos sozinha por aqui, só com as pessoas que vivem em casa (...). Também tenho cuidados, tenho cuidados (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Como vimos anteriormente os indivíduos recorrem também às suas crenças pessoais para dar significado ao que os rodeia. Essa avaliação da COVID-19 num nível mais baixo de risco é também justificada com base nas suas crenças pessoais, uma vez que Paula acredita na sua fé e crença em Deus enquanto seu protetor:

“Eu parece que já me sinto segura com Deus. É. tenho muita fé (...). (...) com Deus e cumprirmos as regras, nós vamos sair desta. (...) Só Deus em certos momentos é que nos pode defender, por isso corre-se perigo sim, às vezes tem-se medo, sim, mas depois, ‘Não, medo não Senhor, dizei-me o que é, que eu faço’, então as ideias veem, o meu anjo da guarda vem e defende-me, é assim. (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Também Manuela segue essa visão, admitindo não se sentir em perigo devido ao facto, de, como vimos antes, esta construir a COVID-19 com base na crença de que esta nova doença é um castigo divino, pelo que, sendo esta crente e “amiga de Deus” estará, no seu ponto de vista, protegida desta nova doença:

“(...) Deus faz o mal e se quiser também nos o tira. Porque eu tenho muita fé em Deus (...). Não. Não tinha medo. (...) Deus, como eu já lhe disse, está para vir ao mundo, mas quer se encontrar com os seus amigos. Sabem quem são os amigos dele? É aqueles que se lembram dele é que são os amigos. (...) E graças a Deus nunca me aconteceu nada. (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária, fabril-reformada, ERPI)

Pelo discurso de Paula e Manuela pudemos constatar que a religião providencia uma sensação de segurança, de proteção, sendo, de certo modo, usada como recurso face à incerteza e ao risco. Assim, face à instabilidade ou à incerteza os indivíduos tendem a ligar-se aos seus valores e às suas crenças (Giddens, 2008).

Como pudemos observar, todos os participantes demonstram ter consciência de que a COVID-19 representa um risco, escolhendo avaliá-lo de forma mais ou menos grave, tomando diferentes posições no continuum que é o risco. Como tal, mesmo posicionando-se fora do “grupo de risco” biomedicamente definido, os indivíduos podem considerar-se em perigo. No caso da COVID-19, esse posicionamento é influenciado pela forma como estes percebem esta nova doença e a pandemia dela decorrente, o contexto em que se encontram, as experiências anteriores e as suas crenças pessoais. Assim, indivíduos de um mesmo segmento da população e que partilham contextos semelhantes, como é o caso do grupo dos idosos entrevistados, podem situar-se como correndo menor ou maior perigo face a um mesmo risco, dependendo da avaliação que cada um faz do risco e do contexto em que se encontra.

Além disso, a gravidade com que os indivíduos classificam os riscos influencia os comportamentos que estes adotam em tempo de pandemia e a adesão (ou não) às medidas de proteção.

2.2.4. Medidas preventivas e comportamentos de risco

Como vimos no enquadramento teórico, no contexto pandémico que atravessamos, desenvolveram-se medidas sociais, individuais e coletivas, que têm como objetivo reduzir as taxas transmissão do vírus através da redução dos contactos, de modo a conter o contágio e a manter as populações seguras (Delen, Eryarsoy & Davazdahemami, 2020; Ferguson et al, 2020; Jones, 2020). Para tal, é fundamental a adesão dos indivíduos a

medidas de proteção individual, como forma de controlar a rápida disseminação do vírus (Peixoto et al, 2020). Entre essas medidas, encontram-se a lavagem das mãos, a redução do toque facial, a adesão à etiqueta respiratória, o distanciamento físico, o uso de máscaras em público para cobrir o nariz e boca, a recomendação para as pessoas permanecerem em casa, entre outras medidas que acabaram por fazer parte do nosso dia-a-dia (Bavel et al, 2020; Lima-Costa et al, 2020; Wise, Everson & Grijalva, 2020).

A medida mais adotada pelos entrevistados é o uso da máscara, sendo este mencionado pela maioria dos entrevistados, recorrendo alguns à sua utilização durante a entrevista. Contudo, entre os idosos que aderem a esta medida é possível encontrar dois posicionamentos diferentes, tendo em conta a adesão voluntária (ou não) à utilização da máscara.

De um lado, encontram-se os indivíduos que admitem que aderiram às medidas de proteção individual, nomeadamente o uso de máscara, porque foram obrigados:

“Eu ainda andei com a máscara, mas agora não tenho andado com ela porque sinto-me abafada, porque eu também tenho a bronquite asmática, (...). (...) Às vezes diziam-me assim ‘Ponha a máscara’, ó para que? (...) [Deus] está para vir ao mundo, mas quer se encontrar com os seus amigos (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

No caso particular de Manuela, isso acontece porque como vimos esta entrevistada desenha a COVID-19 como um castigo divino representado um risco menor para si, uma vez que por se considerar uma “boa cristã” e “amiga de Deus” esta participante acha que não sofrerá nenhum castigo, e por isso já está protegida, não necessitando de utilizar a máscara. Já no caso de Gonçalo e Miguel, tal facto deve-se a estes considerarem a contração de COVID-19 como incontrolável, como parte do destino de cada um, como “(...) coisas que tem que ser (...)”, levando assim à sua menor adesão à utilização da máscara como uma medida de proteção individual:

“Não, não fazia nada... porque a pessoa que lhe apanha os vírus apanha-os, a pessoa que não deve de apanhar, não apanha. (...) Se tiver que apanhar tanto apanho tendo a máscara como não tendo. (...) se a usei duas ou três dias foi muito. E tenho-a lá no quarto, (...) o que é não a ponho. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto-reformado, operário fabril, ERPI)

“(...) a maior parte já não usa as máscaras, mas também não saímos daqui. Se sairmos daqui temos que as pôr. Não saímos daqui. É assim, a malta a maior

parte deles, anda sem máscaras agora (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Miguel admite ainda que essa decisão é influenciada pelo fechamento da instituição face ao exterior em tempo de pandemia, uma vez que há uma separação entre o exterior, onde se encontra o perigo e é necessário ter cuidado, e o interior, onde se desenrola a vida com maior segurança, e como tal, do ponto de vista do entrevistado, não é necessário adotar medidas de proteção. Como pudemos observar, a tomada de decisão dos indivíduos sobre o risco depende da situação e do contexto, e resulta de perceções de risco socialmente situadas (Rhodes, 1997).

Do outro lado, encontram-se os entrevistados que aderem voluntariamente à utilização da máscara como forma de proteção individual:

“Eu usava sempre a máscara não sei como me apanhei. (...), mas a máscara não a desligo, trago-a sempre comigo” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“Tenho que usar sempre (máscara). (...) Cumpro as regras (...) uso, porque é meu dever usar. Se é melhor ou se é pior não sei. Mas não a dispenso. Não a dispenso porque nem o próprio mundo as dispensa, não é?” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

“Olhe, púnhamos a máscara e assim, (...). (...) não gosto, mas tinha que a pôr. Tenho que a pôr que isto ainda anda a voar (...) Não andar na rua nem nada disso, e ponho a máscara” (Carolina, 81 anos, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19, ERPI)

Como vimos anteriormente, e como é notável pela fala de Carolina, os idosos entrevistados, na sua maioria, admitem que a contração desta doença acontece através das vias respiratórias ou do contacto próximo com um infetado, vendo a máscara como um método de proteção. Além da utilização da máscara, esta entrevistada, à semelhança de Miguel, menciona também o isolamento dentro da instituição, evitando as saídas para o exterior como medida de proteção.

Os participantes além do uso de máscara mencionam a adesão ao distanciamento físico como medida adotada para prevenir o contágio pelo novo coronavírus:

“(...) eu não me assentava (com as colegas), estava sempre larga, e agora como isto está assim mais manso, assento-me lá... mas não muito tempo” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

“[Luísa] (...) Fazer compras ia, punha a máscara e ia às compras. (...) mas eu quando estava lá dentro não me juntava com certas pessoas que lá havia dentro. (...) Não saíamos de casa (...). Nós não saímos de casa, a não sendo às compras (...) não íamos para a rua e não havia contacto com ninguém. Era assim que fazíamos. (...) não saíamos para lado nenhum... [Rui] E de máscara. [Luísa] Usávamos sempre máscara e assim. (...) Tirando isso não havia ajuntamentos não havia nada. (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)

Às medidas de proteção mencionadas até agora pelos participantes, soma-se ainda, como pudemos ver através do discurso de Luísa e Rui, a adesão ao autoisolamento. Tendo esta medida sido principalmente adotada pelos idosos que se encontram nas suas residências como forma de assegurar o distanciamento social:

“(...) não falo para ninguém (...) Não há conjuntos e tal, nem andar com a malta, não saía de casa aquase. (...) Evitar andar com adjuntos, evitar com muita gente, evitar andar na conversa e tal, e quando andar com muita gente para pôr a máscara. (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor, SAD)

“Eu também me evitava de ir à rua, nem ia à rua... estava aqui [em casa], cheguei aqui a estar se calhar três meses ou mais (...). (...) Às vezes até precisei de umas coisas ali do comércio, (...) deitei aqui um nagalho e a carteirita, lá me meteram no nagalho tornaram a mandar para cima. (...) saía, até em cima um bocadito e vinha. (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

Há ainda participantes, como Licínia, Paula, Cristiano e Bárbara, que somam às medidas de proteção mencionadas até agora a desinfecção e/ou higienização como uma medida adotada em tempo de pandemia. Quer através da desinfecção de objetos, como no caso de Licínia:

“(...) eu em primeiro ainda lavava a loiça com lixívia para desinfetar e assim, mas agora só lavo com o outro produto como isto já está melhor. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Quer através da desinfecção e/ou higienização das mãos e do corpo, como é o caso de Paula, Cristiano e Bárbara:

“(...) eu usei muito a máscara (...). (...) olhe, a gente deve ter é limpeza nas mãos, no corpo (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) tem que haver higiene, tem que haver uns afastamentos (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

“(...) desinfetava-me o mais que podia, (...), e tinha... ainda aí está, está aqui o álcool e... em cada andar temos o álcool para desinfetar e lavava as mãos. Era o que eu fazia. E nada de aproximações. Evitava-se o máximo possível. (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

Apesar de aderir à utilização de máscara e defender a higienização das mãos como medidas preventivas à COVID-19, Bárbara admite que não cumpria o distanciamento físico recomendando quer pela DGS quer pela instituição:

“(...) me chegava perto dos doentes e tudo, beijava até duas, dois doentes, duas senhoras, elas agarravam a mim beijavam e eu beijava-as também. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Esta idoso toma esta posição não só porque defende que o risco da COVID-19 é baixo e incontrolável, mas também com base em experiências passadas:

“(...) eu acho, que quanto mais cuidado tem, eu acho que tem que ter cuidado, mas quanto mais cuidado, quanto mais se evita das coisas mais elas vêm. (...) (...) eu conheci uma senhora (...) ela já passava dos limites, e eu digo assim “Meu Deus do Céu a gente pode ser limpa, mas não é tanta coisa assim” “E lavem as mãos, e lavem as mãos, e lavem as mãos”, (...), a menina sabe que... os três filhos pegaram tuberculose, um aquase que morreu, os três, estiveram no sanatório (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Bárbara justifica o seu comportamento, que se pode considerar de risco, com base num acontecimento passado com uma conhecida dela que a leva a acreditar que demasiado cuidado atrai o risco. Isto acontece porque os indivíduos *“(...) mobilizam saberes, percepções e noções para interpretar as suas experiências quotidianas (...)”* (Tavares, 2020; p.50), assim como as experiências das pessoas que as rodeiam e com quem interagem, acerca da saúde, da doença e do risco, atribuindo-lhes significados. Desta forma, as reflexividades leigas não envolvem apenas a avaliação racional e individualista dos conhecimentos especializados, elas incluem o conhecimento desenvolvido através da experiência, da observação e das interações com os outros atores no quotidiano. (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002).

Além disso, os indivíduos não se restringem apenas às medidas biomédicas amplamente divulgadas, estes reconhecem as limitações desse conhecimento e, como tal, recorrem quer a medicinas alternativas, como é o caso de Cristiano, que admite ter recorrido a produtos naturais para prevenir a contração da COVID-19,

“A gente tem muita precaução (...) a minha filha mandou um produto para a gente, para a minha mulher fazer aqui em casa duas misturas e que púnhamos no nariz para não apanhar a doença... (...) era esse produto que a minha filha mandou, que ela trabalha muito com produtos naturais, (...). E tomávamos isso. Não sei se isso deu resultado nem se não, o que é certo é que não aconteceu nada (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

quer às suas crenças pessoais, como é o caso de Bárbara e Ângela, duas idosas em ERPI, que tendo em conta a sua fé, admitem rezar para pedir que o cenário pandémico melhore:

“Eu (...) faço as minhas orações na bíblia, e ponho as pessoas nas minhas orações, e ponho ... peço a Deus que dê saúde para os médicos, inteligência e amor, e que eles façam tudo pelo amor a Deus e pelo amor às pessoas” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) É verdade, que eu tenho rezado muito por isso (...). (...) muito rezei. (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

É de notar uma diferença na adesão as medidas de proteção individual entre os indivíduos que se encontram institucionalizados e os que se encontram nas suas próprias habitações. Os participantes em SAD aderem voluntariamente a um maior número de medidas proteção individual, quando comparados com os idosos em ERPI. Em parte, tal poderá dever-se ao contexto em que se encontram, uma vez que veem a necessidade de recorrer não só à utilização de máscara na rua, mas também ao distanciamento social, evitando aglomerados, situações de convívio, e recorrendo ao autoisolamento, permanecendo mais tempo nas suas habitações, de modo a protegerem-se do novo coronavírus e evitar a COVID-19. Já os participantes em ERPI aderem a um menor número de medidas. Por um lado, como temos vindo a ver, o fechamento deste tipo de instituições face ao exterior e a concentração da vida dos indivíduos no interior transmite aos participantes uma sensação de segurança, uma vez que o perigo é visto como algo externo, o que por sua vez leva a uma menor adesão às medidas preventivas. Por outro lado, porque o facto das ERPI se caracterizarem pela concentração de pessoas idosas em locais próximos (United Nations, 2020b) e onde há partilha de áreas comuns dificulta o

distanciamento social e o autoisolamento, restando apenas a possibilidade de utilizar máscara de modo a evitar a contaminação.

Como pudemos observar, a maneira como os indivíduos desenham a COVID-19, a forma como percebem o risco e se posicionam no seu espectro, e ainda a forma como estes avaliam os contextos em que se encontram influencia a adesão às medidas de proteção individual. Daí que mesmo dentro do grupo dos indivíduos com 65 e mais anos se encontrem diferentes posicionamentos face à adesão da utilização de máscara e de outras medidas de combate à COVID-19.

2.2.5. A vacinação como medida preventiva

Os governos produziram esforços para a criação de uma vacina, e no final de dezembro começou em Portugal a vacinação de residentes em ERPI e instituições similares, tendo sido mais tarde alargado ao resto da população, partindo dos segmentos mais velhos para os segmentos jovens. A vacinação pode ser vista como uma medida de proteção contra a COVID-19. Neste estudo, os idosos entrevistados podem ser divididos em dois grandes grupos, o grupo daqueles que não foram vacinados, e o grupo daqueles que foram vacinados, que é claramente maior.

Apenas Ana e Licínia constituem o grupo dos indivíduos que não foram vacinados, no entanto, as visões que estas têm da vacinação são muito diferentes. No caso de Ana, esta admite ter recusado a vacinação quando esta foi administrada no lar:

“(…) não estou arrependida de não ter levado vacina nenhuma (...) Não, não quis. (...) Porque houve uma vez havia aí também um alarme de... (...) gripe, e eu fui na onda. Também me fui vacinar, não é que eu nunca tinha tido uma constipação tão grande como quando fui vacinada (risos). Eu disse ‘Não, não sou vacinada, se eu ando bem, deixa-te andar’. E depois se viesse o mal, então seria vacinada, olha.” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

Como pudemos observar, esta idosa toma esta posição com base na sua experiência com outra vacina que, segundo ela, foi a causa da sua doença. De certa forma, tal significa que esta participante reconhece a incerteza associada às novas tecnologias utilizadas na medicina e às limitações do conhecimento médico. De facto, a biomedicina é incapaz de dominar completamente o conhecimento disponível, quer a nível dos benefícios, quer a nível das limitações e dos perigos destas novas abordagens técnicas e medicamentosas (iatrogénese) (Raposo, 2013). Como consequência as decisões clínicas estão repletas de incertezas, sendo que as medidas e os procedimentos são adotados sem o total conhecimento do seu impacto (Luiz & Cohn, 2006).

Além disso, olhando para o discurso de Ana percebemos que esta segue uma visão de saúde típica do modelo biomédico, uma vez que acredita que o corpo deve ser intervencionado quando tem um problema, afastando-se assim da medicina preventiva.

Já no caso da Licínia, esta não foi vacinada devido às circunstâncias que viveu e ao seu percurso de vida. Isto porque esta entrevistada, no momento da entrevista, tinha acabado de regressar do hospital por ter contraído COVID-19 e, à época, “(...) *as pessoas que recuperaram de infeção por SARS-CoV-2 (...)*” só “(...) *6 meses (...)*” depois da infeção poderiam “(...) *ser vacinadas contra a COVID-19 (...)*” (SNS, 2021). No entanto, ao contrário de Ana, que por vontade própria recusou a vacina, Licínia manifesta um grande desejo em ser vacinada, uma vez que associa a vacina a uma maior segurança face a este novo perigo:

“Eu ainda não fiz nenhuma vacina, (...) a vacina faz falta para nós andarmos mais à vontade (...). (...) Eu se calhar só posso levar em setembro (...) Acho que a gente se salva mais. (...) Até setembro sem a vacina como é que vai ser? Eu não posso andar a desprezar muito (...) Se eu levar a vacina já estou meio caminho andado” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Os restantes participantes fazem parte do grupo daqueles que aderiram à vacinação. Contudo, entre os idosos vacinados é possível encontrar vários posicionamentos em relação à vacinação, uma vez que nem todos partilham a mesma perspetiva acerca desta medida preventiva. Por um lado, existem aqueles que se posicionam como otimistas face à vacinação uma vez que sentem que após esta medida ficaram mais seguros em relação ao perigo da COVID-19:

“(...) agora já tenho as duas vacinas, já estou mais coisa. (...) Sinto, agora sinto-me mais à vontade, não me sinto tão apreensivo como andava assim com medo. (...) de início, via-me aflito (...) Depois com a vacinação fiquei mais aliviado, agora já não há tanto perigo e tal e tal. Levei as duas, pronto, então agora já não tenho mais receio.” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“Já, levei duas vacinas. (...) senti-me mais segura, mas ainda temos que andar com esta porcaria (a máscara). (...) Ao mesmo tempo a gente não sabe o que é que se vai passar, porque pode se a gente levar a vacina, mas a vacina não ser tão eficaz como a gente quer. Pode a gente em contacto com outros apanhar o vírus, mas vir talvez mais fraco, é o que penso, não sei.” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

“Fui vacinado (...) [E: sentiu-se mais seguro, depois de ter a vacina?] Claro, mas não é para dizer assim já estou livre, mas digo, bem agora normalmente posso já considerar (...) que há mais probabilidades de não apanhar, e mesmo se apanhar já não se sente. (...) quer dizer, posso apanhar, mas é muito... muito provável que é mais, quer dizer, que já não custe tanto como custava. (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

É de reparar que apesar deste sentimento de maior segurança, há quem admita, como é o caso de Cristiano e Ângela, que continua a ter um certo receio uma vez que a vacina não evita apanhar COVID-19 apenas minimiza os efeitos graves da doença, além de que não é posta de lado a possibilidade de a vacina não ser eficaz. Tal posicionamento remete para o facto de o conhecimento científico sobre o risco ser incompleto (Lupton, 1999b) e de as práticas, técnicas e medicamentosas, médicas estarem repletas de incerteza devido aos limites do conhecimento médico (Raposo, 2009).

Por outro, existem também participantes que se mostram mais pessimistas, admitindo que seu posicionamento face ao risco não foi alterado após a toma da vacina:

“Levei. A levei duas, mas agora já não posso levar mais. (...) Parece que (...) os que fizeram os 60 anos ou não sei quê acho que já não levam mais. Eu e a minha mulher já não levamos mais. Já levamos aqui duas, já não levamos mais. (...) [e sentiu que ficou mais seguro?] (...) Fiquei no mesmo, para mim foi a mesma coisa.” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)

Pelo discurso de Gonçalo podemos perceber a existência de dúvidas quanto à vacinação. Tal facto poderá dever-se não só à dificuldade de acesso à informação por parte dos entrevistados em ERPI, sendo a informação que lhes chega condicionada pela instituição, mas também devido aos baixos níveis de escolaridade dos entrevistados, o que gera dificuldade em interpretar a informação que lhes chega. Esse desconhecimento dos critérios de vacinação por parte dos idosos em ERPI faz com que Orlando, ex-doente COVID-19 (e como tal um indivíduo que é vacinado apenas com uma dose), admita que ainda não se sente seguro, pois no seu ver necessita de outra dose da vacina para que esta faça efeito, como aconteceu com alguns idosos da instituição, que não tendo estado infetados levaram duas doses da vacina. Tal facto leva Orlando a afirmar que com a segunda dose já ficará seguro:

“(...) já levei uma (...) levei a vacina agora estou à espera que me deem a segunda Com a segunda fico mais tranquilo. Porque há aí uns dois ou três velhos, (...), que já levou as duas, e eu ainda só me derem uma. Havia para aí, mas para mim já

não chegaram, olhe, tive que me contentar só com uma. À espera que venha outra talha delas que chegue para mim... para outra vacina” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Também Pedro e Carlos admitem que mesmo após a vacinação continuam a sentir-se em perigo de contrair a COVID-19:

“Levei sim senhora. (...) [E: sentiu que estava mais protegido ...?] ó minha senhora, a gente não percebe nada disto, nem os médicos percebem, quanto mais agora eu. (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)

“(...) tenho dúvidas sobre os tratamentos, sobre o... a propaganda que é feita, julgam que têm a ciência toda e não, e não acredito que tenham a ciência assim tão evidente (...). (...) Fui (vacinado). (...) [... acha que depois de levar a vacina ficou em menos perigo de apanhar o vírus?] Não. (...) Acho que é igual. (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

Estes posicionamentos refletem o declínio na confiança e na autoridade dos especialistas, aumentando o reconhecimento do status indeterminado do conhecimento sobre o risco (Gabe, 1995) que marca as sociedades contemporâneas. Também seguindo esta ideia. Vera posiciona-se no grupo daqueles que não sentiram que a sua posição no *continuum* do risco tenha sido alterada, considerando que após a vacinação o risco se manteve igual:

“Já (fui vacinada). (...) Não sei, não sei se a gente anda mais segura se não anda, pelo menos andam a fazer estas coisas tudo para segurança, agora se é para segurança ou não é, só um é que o sabe... só um é que o sabe e está lá caladinho. Por isso, não podemos dizer estamos seguras, seguras, porque no momento pode tornar a aparecer, pelo menos é o que dizem. (...) [E: sentiu-se mais descansada depois de levar a vacina?] É quase igual, quase igual” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

No entanto, esta entrevistada justifica a sua posição face à vacinação não só devido à desconfiança e à perda de autoridade dos especialistas nos tempos que correm, mas também porque revela acreditar que contrair (ou não) a doença é o destino de cada um, como um desígnio divino. Paula junta-se a ela, admitindo que a vacinação não alterou a sua perceção do perigo da COVID-19, uma vez que, como vimos anteriormente, esta participante acredita que a sua fé em Deus a protege dos riscos e dos perigos:

“(...) já fui vacinada com a primeira dose da vacina agora estou à espera que me chamem para a segunda dose. (...) Eu parece que já me sinto segura com Deus. É.”

tenho muita fé (...)” (Paula, 72 anos, 1ºciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

Assim, como pudemos observar, os entrevistados têm diferentes posicionamentos face à vacinação, podendo dividir-se entre aqueles que não aderem à vacina, como é o caso de Ana, e aqueles que aderem. Dentro dos que aderem à vacinação estes podem ainda ser divididos entre os otimistas, que apesar de conscientes dos limites da ciência, defendem que a vacinação lhes traz mais segurança. E os pessimistas que, devido à sua descrença na biomedicina ou às suas crenças pessoais, consideram que mesmo após a vacinação continuam a correr os mesmos riscos que antes da toma deste medicamento, não tendo a sua posição no continuum do risco sido alterada.

2.3. Impactos da COVID-19 na vida dos idosos

Passamos, agora, a analisar as alterações experimentadas nas vidas dos idosos por efeito da pandemia, bem como a experiência subjetiva de ser idoso e ter COVID-19; vamos ainda discutir em que medida os estilos de vida minimizaram os impactos da COVID-19 na vida de alguns idosos.

2.3.1. A perspetiva do idoso acerca das alterações provocadas pela COVID-19 no seu quotidiano

À medida que envelhecem os indivíduos assistem à morte ou ao afastamento dos seus entes queridos (Carneiro, 2012):

“(...) eu tenho cinco [filhos], (...) três estão na França, tenho cá só dois (...). (...) cada um está na sua casa, nem cá tenho família também nenhuma, só tenho um irmão em Sameiro, as outras também está tudo para a França. (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“A minha família está tudo na Covilhã, eu só tenho uma sobrinha aqui. (...) está tudo na Covilhã, (...) E (...) o resto da minha família está no Brasil (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) tenho dois filhos que estão para o estrangeiro, (...). Não tenho mais ninguém. A família, pelo menos da minha parte, já desapareceu toda, já está tudo lá de baixo dos torrões. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) muitos [amigos] já morreram também, da minha idade muitos já morreram. (...)” (João, 84 anos, 1ºciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

Tal facto faz com que, tanto os idosos em ERPI como aqueles que se encontram em SAD, apresentem relações sociais reduzidas. Assim, em certos casos, estas perdas e ruturas podem conduzir ao isolamento do idoso (Rodrigues & Soares, 2006), como é o caso de Glória:

“(...) vai em seis meses, morreu o meu marido e a vida continua. (...) eu praticamente não tenho família (...) a minha família já morreu toda. (...) nunca tive [filhos] (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)

Como foi possível perceber até agora, as modificações ocorridas ao nível da família nos últimos, como é o caso da urbanização e mobilidade geográfica, da nuclearização da família (Carneiro, 2012) do aparecimento de novos rearranjos familiares, e a entrada das mulheres no mercado de trabalho (Barreto, 2005) vieram contribuir para o maior isolamento dos mais velhos, contudo esse não é o único fator. Atentemos ao discurso de Carlos e Miguel:

“De vez em quando, tenho um filho na Guarda, de vez em quando telefona para cá. (...) Uma vez de dois em dois e de três em três meses. É raro, é raro. (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)

“(...) tenho dois filhos que estão para o estrangeiro, nem querem saber nem do pai nem da mãe. (...) há dois anos que cá estou, daqui a nada, ainda cá não vieram, nem querem saber. (...) não [me] vieram ver. Os filhos, um já mais de 40 anos, está na Suíça, (...) não vem cá a Portugal, (...) já não quer saber. O outro vem cá todos os anos e vem me cá ver, mais ninguém. (...) nem temos telefone. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Pelos discursos de Carlos e Miguel pudemos também perceber que a institucionalização conduz à rutura com muitos laços afetivos importantes para o idoso (Faria & Carmo, 2015), o que se traduz na diminuição das redes sociais destes indivíduos. Em parte, isto acontece porque, como já foi mencionado anteriormente, as ERPI se assemelham às instituições totais, que se caracterizam por serem tendencialmente “fechadas”. Esse fechamento diz respeito a barreiras sociais e físicas com o mundo exterior (Goffman, 1961). Esse fechamento da instituição limita a comunicação dos utentes com os familiares e amigos, uma vez que não são permitidas saídas da instituição, e as visitas são limitadas pelos horários impostos pela mesma. Tal facto contribui para uma maior redução das redes sociais dos indivíduos institucionalizados.

Situação essa agravada pelo facto da SCMM ter adotado as medidas preventivas, recomendadas pela DGS, como a minimização das saídas dos utentes para a rua, a exigência de distanciamento de segurança em relação às visitas e até mesmo a suspensão das visitas presenciais nos momentos mais críticos da pandemia, contribuíram para um maior fechamento da instituição em relação ao exterior, que conseqüentemente contribuiu para o aumento do isolamento de alguns indivíduos. Isto verifica-se no caso de Bárbara que admite que a pequena rede social que mantinha antes da pandemia se tem vindo a tornar ainda mais reduzida uma vez que perdeu o contacto telefónico com parte da família:

“(...) Falava, mas agora entrou esta droga assim, não falei mais, não falei mais. Eu acho que eles até têm medo de ligar o telefone. Às vezes ligavam para cá, para aqui para o lar, não ligaram mais, eu também liguei para lá, o telefone tocava não consegui falar com ninguém. (...) Eu vou ver se agora melhora e vou na loja da minha sobrinha e ligo de lá, ligo de lá. É que agora não posso sair. (...)”
(Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Ou no caso de Pedro que afirma recusar-se a receber visitas exteriores desde o início da pandemia:

“(...) Eu não recebo ninguém, nem sequer a família. (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

Os discursos de Bárbara e Pedro ilustram bem o facto de alguns idosos, durante a pandemia e devido às medidas de protecção, terem assistido à ruptura com as suas redes sociais (United Nations, 2020a). Contudo é de notar que alguns idosos, como Carlos e Miguel referidos anteriormente, já não tinham relações sociais com o exterior, pelo que não havia nada para diminuir, uma vez que restavam as suas redes na instituição e essas mantiveram-se.

Porém, apesar dessa diminuição das relações sociais com o exterior, com a entrada em ERPI os idosos são obrigados a conviver com outras pessoas (Faria & Carmo, 2015). E dessa convivência podem surgir situações de conflito:

“(...) gosto de falar a toda a gente, mas amizade não. Porque há cá muita falsidade (...). (...) E está ali todas, o que é olhe, sermos muitas, filhas de boa mãe e não. Cada uma tem o seu feitio e... não, não gosto. Gosto de falar a todas, mas amizades amizades não. (...). (...) Depois calhei com uma colega [de quarto]. Não gosto, da maneira dela. Não gosto porque ela tem dois papeis um é de uma

maneira e outro papel é de outra, e é muito mentirosa. (...) (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) Falo com todas [as colegas], só que ... a Bianca (...) Ela está doente (...). E ela agora (...) recolhe as mantas todas e lava-as para o quarto (...). Eu tive que esconder as mantas todas no barzinho (...) e mesmo assim ainda me tirou duas. E se não fosse o senhor Jonas apanhava, o senhor Jonas é que se meteu na frente. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Ou podem surgir vínculos afetivos, uma vez que estes encontram apoio nos próprios colegas através da troca de experiências e histórias (Dutra et al, 2016), aspeto esse leva alguns entrevistados a admitirem manter relações de amizade dentro da instituição:

“Se eu tenho amigos? [Cá no lar...] Amigos e amigas. Olhe, tenho amigas. (...) aqui em cima separaram-nos, não é? Não se podia estar junto. [mas] (...) às vezes ainda estão aqui umas colegas que eu gosto de me dar com elas. (...) assento-me às vezes um pouquinho ao pé delas, a conversar, a conversar. (...)” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) naquelas cadeirinhas baixinhas, estávamos aí três sentadas ou duas, quando houve aquela epi... que estava pior puseram a do meio com uma sinta vermelha, não se podia lá sentar, e depois era uma de um lado e outra do outro, e falávamos. (...) No lar tenho [amigos], eu tenho a Carolina, tenho. Praticamente dou-me bem com todos, uns melhor outros pior, mas tenho. (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

Se prestarmos atenção aos discursos de Ana ou Ângela, pudemos perceber que o facto de os utentes de lar viverem em comunidade permitiu que durante a pandemia fosse possível conservar a convivência entre colegas, combatendo desta forma o isolamento.

Apesar de todos os aspetos mencionados até aqui, na sua generalidade todos os participantes, desde os idosos institucionalizados aos que se encontram nas suas residências, procuraram manter as suas habituais redes de contactos através do uso de meios de comunicação como o telefone e/ou o telemóvel, mas também através de visitas presenciais, embora estas se realizassem com menos frequência que o habitual:

“(...) A [filha] que está em Lisboa estou sempre em contacto com ela pelo Skype, a outra... chama todos os sábados (...) continuei a falar (...) com a família (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

“(...) A minha família vejo-a pelo WhatsApp, porque só cá veio agora a minha irmã a Clara, a mais nova e o homem, porque temos estados sem visitas, só a semana passada é que veio cá a minha irmã mais nova e o meu cunhado. (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

“(...) ainda hoje tive uma visita lá em baixo de uma sobrinha. (...) temos lá em baixo uns gabinetes próprios, onde temos um vidro eles estão além e eu estou aqui, e falo para eles, tem assim só uma fisquita assim pequenina, a altura de um metro, qualquer coisa pequena é por baixo que mandamos. (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) [Rui:] isto agora também está um bocado difícil por causa da pandemia, não é? [Luísa:] Mas já cá vieram colegas, já cá veio o meu irmão, a minha... [Rui:] Mas os telemóveis e sucessivamente estão sempre... (...) É, é, pelo telemóvel. [Luísa:] É continuamos. Pelo telemóvel e assim. Ontem é que já cá veio uma irmã minha e uma cunhada, e já cá vieram. [Rui:] E mesmo presencialmente, nunca deixamos, ou mais ou menos, nunca deixamos. Não era aquele contínuo, não é? Não era aquele contínuo, mas também não deixamos de ter ligação. (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)

No caso dos idosos em SAD, o facto destes indivíduos receberem o apoio das famílias para a realização de pagamentos online, para a realização de compras de mercearia ou farmácia, entre outros tipos de ajuda, contribuiu para que, mesmo em tempo de COVID-19, uma vez que eram permitidas as deslocações para prestar auxílio a familiares, os idosos mantivessem o contacto com a sua rede social de apoio.

“(...) Vem cá a minha nora, e o meu filho (...) a filha (...) vai buscar-me os medicamentos, vai-me pedir a receita, (...) faz o que pode também, assim como o meu filho. (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“(...) Anh sim, e continuei a mantê-lo [o contacto com a família]. Não mudei muito. (...) Tenho uma neta, a Diana (...) A Diana e o meu filho vêm aqui quase todos os dias (...). (...) Quando preciso de comprar o que me tem valido é o meu filho e ela [a neta] porque... eu sei fazer compras ainda, mas não posso pegar em pesos (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

“Falo, falo, com o mais novo falo que está cá, (...). Precisamos dele também. (...) nos socorremos é a ele. (...) para nos pagar no lar por aquilo, pelo computador.”

Porque ele [o marido] não sabe mexer naquelas coisas, e depois ele vem e ele é que paga. (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)

O discurso destes idosos permite notar que o cuidado prestado pela família aos idosos contribui para a prevenção do isolamento social dos mais velhos (Rodrigo & Soares, 2006), mesmo em situação de pandemia.

Embora os participantes mantivessem de forma regular os contactos telefónicos e ocorressem visitas esporádicas, principalmente por parte dos familiares mais chegados, alguns entrevistados, ao longo das suas entrevistas, mencionam que o maior impacto que sentiram devido à COVID-19 foi ao nível do convívio:

“(...) Conviver, estarmos a falar perto das pessoas. (...) tenho falta de conviver. A gente assentava-se numa mesa quando a gente vai ao pão (...). Às vezes íamos lá a tomar o pequeno-almoço. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

“[Luísa:] (...) fechamo-nos muito em casa, não íamos para a rua nem nada, nem conversávamos com ninguém, era por telemóvel. (...) [Rui:] Foi uma mudança radical. (...) O convívio com as pessoas, para o não convívio, não tem, não tem... explicação uma coisa para a outra, não é? [Luísa:] (...) porque gostávamos de conviver e assim (...) Agora não convivemos como convivíamos dantes, fazíamos festas em casa e assim. Não houve mais festas em casa. Acabou tudo. (...) sentimos falta do convívio (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)

“(...) não saía, também não tinha contacto com a gente, e evitava mesmo... (...) o convívio da gente, mesmo aqui na rua os amigos falavam e a gente tocava-se era um cumprimento e que agora não (...) tem que se aguentar.” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

Os participantes, como Licínia, Luísa e Rui ou Cristiano, reconhecem que houve uma diminuição do convívio e do contacto com os outros, principalmente com o grupo de pares, indicando esse como maior impacto que a COVID-19 veio causar nas suas vidas, juntamente com a maior permanência nas habitações ou na instituição:

“(...) a gente não sai, nem tornamos a sair até ver. (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) antes da pandemia andava para fora com malta ainda me entretinha, mas agora não desde que veio isso não tornei a andar com malta. Não tornei a entrar em café nenhum. (...) agora não saio de casa. (...) Olhe meteram-me em casa. (...) desde que veio esse mal comecei a evitar (...) andar na rua pronto (...). (...) tenho amizades com pessoas que agora não torno a andar com elas. (...) sentia falta da companhia estava habituado a andar com a companhia (...) quando estive fechado em casa custou-me um bocadinho, custou-me ficar preso roubaram-me os amigos aqui e além que nos juntávamos e tal.” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

Tais factos contribuíram para o surgimento, ou em alguns casos para o aumento, do isolamento social destes indivíduos. Contudo, o aumento do isolamento social não se deveu apenas à diminuição do convívio e às medidas de contingência que promoviam o autoisolamento e o distanciamento social, ele foi também ampliado pela existência de sentimentos de medo em relação ao outro, devido à possibilidade de contágio:

“(...) tenho medo, porque há pessoas que não põe máscara e chegam-se ao pé de nós (...). (...) Vivemos com medo uns dos outros. Será que ela está bem? Será que a outra está mal? A gente não sabe (...).” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

“(...) não gosto cá de andar no meio da malta (...) Todos tinham medo por causa de andar assim com muita malta juntos é um problema. Então eu não consigo andar com maltas. (...) porque podia apanhar (...).” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

“(...) por vezes tinha medo de ir dar a volta porque havia pessoas que me iam tocar e que estavam mesmo ao pé de mim (...).” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

Desta forma, pelo discurso de Licínia, João e Cristiano podemos constatar que o medo de contrair COVID-19 passou a estar presente nas interações sociais, contribuindo para a maior permanência em casa e para o aumento do isolamento destes indivíduos.

Os idosos em SAD parecem ser aqueles que mais sentiram os impactos da COVID-19 no seu quotidiano, pois por viver em “regime aberto” foi este grupo que experimentou mais sentimentos de clausura, falta de sair de casa e falta de convívio provocados pelas alterações na vida e nas relações sociais em tempo de pandemia. No caso dos idosos em ERPI, uma vez que a instituição tentou manter o quotidiano coletivo que habitualmente

existe nestas instituições, e que permite uma vida em comunidade no seu interior, fez com que o isolamento apenas se fizesse sentir quando a instituição foi confrontada com um surto de COVID-19 nos meses de fevereiro e março, que obrigou os utentes a ficarem confinados aos seus quartos e os impediu de manter as rotinas que partilhavam com os colegas. Segundo Ana, Ângela e Bárbara, foi neste período de tempo que as idosas mais sentiram o impacto desta nova doença nas suas vidas, que se traduziu no aumento da solidão e do isolamento:

“(...) Vi que andava para aí muita gente doente, tiveram... tiveram isoladas, de resto, comigo não se passou nada (...). (...) Também ainda fiquei no quarto isolada, (...). (...) estava ali fechada como um cão. (...) Vida de cão mesmo (...)”
(Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril, ERPI)

“(...) deste corredor aqui era onde eu estava não apanharam o COVID-19, do outro lado apanharam, mas não sei quantas pessoas foi. Agora daqui, nós nem saíamos do quarto, quando chegava à porta do quarto e que estava lá uma empregada dizia-nos logo ‘Lá para dentro, (...)’ e toca de recolher (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social, ERPI)

“(...) nós nos separamos, ficamos isoladas (...). (...) Logo nos apertamos, eu fiquei sozinha isolada lá em cima, (...), mais sozinha que acompanhada, de noite de dia. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril, ERPI)

Desta forma, o isolamento social pode provocar distúrbios emocionais, stress, irritabilidade, insónias e maiores taxas de suicídio na população idosa (Sepúlveda-Loyola et al, 2020), assim como a maiores riscos de depressão e maiores níveis de ansiedade (Chen & Outros, 2020). Isto verifica-se ao observarmos os discursos de João, Ana, Ângela ou Bárbara onde podemos perceber que com o isolamento decorrente da pandemia, estes experienciaram sentimentos de solidão, clausura e falta de liberdade, usando analogias: como se estivesse “preso” ou tendo uma “vida de cão acorrentado”. Fatores esses que potenciam o stress e a ansiedade.

Além disso, em tempo de pandemia, a falta de apoio familiar e social e a existência de limitações funcionais aliadas ao isolamento social dos idosos, causados pelo fechamento em casa ou na instituição, podem levar estes indivíduos a desenvolver hábitos não saudáveis (Jones, 2020), como comportamentos sedentários e diminuição ou ausência da atividade física (Sepúlveda-Loyola et al, 2020). Esse facto reflete-se nos discursos dos entrevistados que admitem ter vidas pouco ativas desde a chegada da COVID-19:

“(...) não fazia nada. (...) estava ali fechada (...) iam-me lá por o comer (...) tinha a cama ao lado. Quando era à noite deitava-me, pronto, passava assim. (...)” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril, ERPI)

“(...) aqui assentada, era a minha vida (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“[Rui:] muitas vezes a olhar um para o outro e a ver televisão. [Luísa:] Era a ver televisão (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)

“(...) sentado, ia ali para fora para o banco, ou sentado ou para aqui e para além, aqui me entretenho. (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)

O sedentarismo proveniente do isolamento poderá ter efeitos negativos na vida dos idosos, nomeadamente através do aumento de multiformidades e consequentes taxas de incapacidade, de hospitalização e da mortalidade deste grupo (Sepúlveda-Loyola et al, 2020). Isto verifica-se, principalmente, nos discursos de Miguel e Cristiano:

“(...) anda a gente aqui, só aqui metido e já há muito tempo que daqui não sai e estando aqui metido as pernas até andam a tremer (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) mas notei muita diferença porque atrapalhei-me muito o andar... (...) antigamente dava a volta, agora tenho que ir com a minha mulher porque me falta equilíbrio (...) Antigamente fazia duas vezes de manhã e à tarde, depois a pandemia custa mais andar, o pé perde o equilíbrio, só vou com a minha mulher (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)

Estes entrevistados reconhecem que devido ao fechamento na instituição ou em casa “*as pernas até andam a tremer*” e “*atrapalhei-me muito o andar*”, aspetos esses que contribuem para a perda da mobilidade e da autonomia, colocando os indivíduos mais suscetíveis a quedas e impactando os seus estados de saúde e a sua qualidade de vida.

Os apelos (e em alguns casos a obrigatoriedade) de permanecer em casa fizeram com que muitos idosos passassem mais tempo sozinhos (Berg-Weger & Morley, 2020), uma vez que acabaram com a participação em grupos comunitários, atividades familiares e em grupos de exercícios ou grupos religiosos durante a pandemia (Sepúlveda-Loyola et al, 2020). Aspeto esse mencionado por Licínia, Carlos e por Pedro que admitem que, desde

o início da pandemia, deixaram de fazer algumas atividades em que habitualmente participavam:

“(...) também lá andei [nas aulas fornecidas pelo lar], acabou aquilo por causa da doença que veio. Os professores também tiveram medo e depois deixaram de vir. (...) gostava daquilo” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)

“Agora ultimamente não (...) celebrava [a missa] todos os sábados. (...) [e] eles têm um bocado de medo abertas as portas à tentativa das pessoas de fora de virem (...). (...) as pessoas que vinham no sábado vinham de fora, enchia-se a capela e isso fazia... perigo... criava perigo. Depois eu comecei também a adoecer e não temos tido missa (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) antes da pandemia? Olhe eu saía, fazia a minha vida, tinha ginástica. Fazia ginástica ali no pavilhão da Câmara e ia para o terreno, colhia azeitona, apanhava-a, fazia tudo o que eu pudesse. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Este impacto foi sentido principalmente por parte dos entrevistados que procuravam manter vidas ativas, quer dentro quer fora da instituição. Além disso, esse fim das atividades contribuiu para o aumento do isolamento e, conseqüentemente, do sedentarismo de que temos vindo a falar até agora, para além dos restantes efeitos do isolamento já mencionados.

Algumas participantes mencionam ainda dificuldades no acesso a cuidados de saúde como um impacto da COVID-19 nas suas vidas:

“(...) Agravou que eu de dois em dois meses ia ao médico e depois fui passada um bocadinho para trás, porque tiveram que acudir mais aquelas pessoas da pandemia (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

“Só quando vim [do hospital] tinha que ter uma ajuda para ginástica. (...) nos serviços continuados há, mas estava tudo muito complicado por causa da COVID. (...) E sinto a falta da ginástica eu. Por exemplo levantar os braços, e andar, faz-me falta a ginástica. Também ainda não abriu acho eu. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Pelos discursos de Paula e Licínia é possível constatar que, com a pandemia COVID-19 estas sentiram uma maior dificuldade em aceder a cuidados de saúde, tendo visto consultas adiadas ou serviços de fisioterapia suspensos. Tal facto deve-se, como vimos no enquadramento teórico, à concentração de recursos de saúde em cuidados COVID-19 durante a pandemia, o que conduziu à escassez da força de trabalho dos profissionais de saúde e à redução (ou até mesmo suspensão) de serviços de saúde essenciais não relacionados a esta nova doença, nomeadamente a suspensão de cuidados paliativos, de reabilitação e outros tipos de cuidados muito procurados pela população idosa. Como fica claro no discurso de Paula, a interrupção destes serviços e a concentração de recursos de saúde na COVID-19 levou à marginalização das pessoas idosas e criou (ou agravou, em alguns casos) barreiras no acesso a cuidados de saúde dirigidos para as condições crónicas pré-existentes. (United Nations, 2020a, Goldblatt et al, 2020). Além disso, a redução do acesso a cuidados de saúde é também influenciada pelo medo de ser contaminado e pelas medidas de contingência, como a proibição de circulação na via pública ou o autoisolamento, desencorajando os indivíduos de procurar cuidados de saúde (Goldblatt et al, 2020). É o caso de Bárbara e Carolina, que afirmam esperar um desanuviamento da pandemia para recorrer a cuidados de saúde específicos que supõem a saída para o exterior da instituição:

“(...) Tenho aqui este, preciso de ir ao dentista, não posso sair, quebrou-se. (...)”
(Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) tenho um bocadinho de falta de ouvido sabe? Precisava de ir ao especialista, mas agora não tenho lá ido, estou a ver se passa mais isto assim, a ver se isto se compõe, a ver isto se compõe de vez, para a gente poder sair. (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19, ERPI)

Tudo isto poderá refletir-se numa maior vulnerabilidade dos mais velhos, deixando-os sujeitos a riscos e agravando os seus estados de saúde (United Nations, 2020a, Goldblatt et al, 2020) já por si só marcados por múltiplas morbilidades.

Entre os participantes deste estudo há ainda idosos que sublinham o impacto de contrair a COVID-19 e a experiência subjetiva de ter sido infetado/a com esta nova doença.

2.3.2. A experiência subjetiva de ser idoso e ter COVID-19

Dos vinte idosos e idosas entrevistados cinco indivíduos admitem que contraíram COVID-19, sendo quatro deles idosos em ERPI, e apenas uma idosa que contraiu esta doença se encontra em SAD. Este grupo pode ser dividido entre aqueles que apresentaram apenas sintomas ligeiros e aqueles que apresentaram sintomas graves,

acabando por necessitar de hospitalização, o que necessariamente diferencia a sua experiência de adoecimento. Vejamos os discursos dos idosos que contraíram COVID-19 de forma ligeira:

“Oito dias na cama, custou um bocado, tinha que ficar na cama. (...) às vezes levantava-me (...) Eu (...) pensava isto ‘Ai isto são uns vírus, isto já me passa’, e bem-dito bem-feito, não tive mal muito tempo (...) A mim passou-me por alto, mas ainda tive de cama, mas há pessoas que morrem” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) Porreiro, (...) só uma noite é que me começou assim maldisposto cá por dentro, a tremer, a tremer, maldisposto. Ainda tive para chamar as empregadas (...) Mas aquilo depois passou-me e mais nada, foi aquilo que senti. Nem foi grande coisa, nem foi assim dores de coisa, senti-me maldisposto e a tremer e mais nada. (...) pensava que era o bicho, que era o mal, como aí andava pensei isso. (...) a gente já não anda cá a fazer nada (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) Eu não chego a saber se tive a doença do vírus se não tive, não cheguei a saber. (...) [E: teve sintomas?] Não. Não (...) pensei que tinha o vírus... (...) Aceitava tudo o que vinha, embora custasse a aceitar (...) Não... não cheguei a dar-me conta de... do negativo dentro da casa. Eu não cheguei a dar-me conta de... vacinações, o... tratamentos da casa” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)

Apesar de Carolina demonstra que a época em que esteve infetada foi uma altura dolorosa para si, provavelmente devido à incerteza das consequências desta doença no seu corpo, e ao facto de ter sempre presente a ideia de que poderia morrer, esta admite que se manteve otimista acreditando que iria ultrapassar a COVID-19 e contrariando a associação existente entre a COVID-19 e a morte dos idosos. Já Miguel demonstra uma dada resignação face ao que é a sua vida atualmente aceitando o que pudesse advir da contração da COVID-19. Tal facto poderá estar relacionado com a associação existente entre a velhice, as doenças crónicas, a invalidez, a dependência e a capacidade (Rodrigues & Soares, 2006). Aspetos esses que levam não só à desvalorização dos mais velhos, mas que influenciam o modo como os próprios idosos se veem a si e às suas vidas, reduzindo a autoestima e aumentando a insatisfação com a vida (Luz, 2014b).

No caso de Pedro, o facto de este indivíduo apenas ter apresentado sintomas ligeiros faz com que este idoso não chegue a perceber se teve ou não COVID-19. Tal facto poderá

dever-se à ideia predominante de que a COVID-19 nos idosos está (quase) inevitavelmente associada à hospitalização e à morte, algo que não se verificou no caso de Pedro. A isto soma-se ainda uma certa infantilização do idoso, que tende a existir nas ERPI (Medeiros, 2012), a qual pode ser indiciada pelo facto de os gerentes ocultarem informação acerca do contexto dentro e fora da instituição, e até mesmo os estados de saúde dos utentes, sob o pretexto de proteção. Aspeto esse que, no caso de Pedro, é ainda agravado pelo facto de este desconfiar das informações que lhe chegam, uma vez que tem consciência de que o conhecimento científico é impreciso.

Como pudemos a forma como os indivíduos se colocam no mundo influencia a forma como estes vivem a COVID-19. Além disso pelos discursos de Carolina e Miguel, é possível observar que contrair COVID-19 de forma ligeira parece não ter alterado (significativamente) a forma como os indivíduos se veem a si mesmos ou a forma como estes se posicionam no mundo, algo que nem sempre acontece quando se contraí COVID-19 de forma grave e se necessita de hospitalização. Reparemos nas narrativas das experiências de contrair COVID-19 e necessitar de hospitalização:

“(...) eu já estive apanhado pelos vírus, (...) tive internado no hospital da Guarda, estive lá alguns 15 dias ou mais, (...). Vim de lá bom e pronto. (...) de um dia para o outro senti aqui na garganta como é que era uma espécie de gripe, eu dizia que (...) passava de um dia para o outro. Tomei um remédio e não passou (...) estavam aqui a analisar as pessoas (...) lá acusei fui logo para o hospital, lá me curaram e de lá vim para aqui outra vez. (...) uma pessoa quando se sente uma doença conta o pior (...). Podia ter morrido se eu não me rescindo e não vinha a tempo aqui a ver se era ou não. (...) eu vim de lá [do hospital] eu nem podia andar, é verdade. Não podia das pernas, cheguei aqui eu nem podia ir para o meu quarto (...). (...) as pernitias com a idade começam a faltar já. (...) Lá me limparam vim outra vez para aqui (...) Sinto-me bem, sinto, sinto como antes disto me começar, sinto-me bem (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

“(...) comecei a sentir-me mal, sem ar, e disse a ele (...) ‘Chama uma ambulância que eu estou a morrer’, e não dei conta de mais nada. (...). Não tinha oxigénio, e depois estive nos cuidados intensivos ou foi mesmo em coma, (...). (...) só me vi na cama, toda destrambelhada. (...) Foi um bocado doloroso. (...) tinha fé e querer vir para casa. Nunca pensei em morrer. (...) Só que quando vim para aqui, vou assim ‘Mau isto aqui está complicado’. (...) não tinha forças. Quando vinha as escadas acima, cansada, cansada, cansada. Fiquei muito cansada desta

porcaria. (...) Na maneira que estava sem oxigênio nem nada, ainda lhe acudi a tempo. (...) não fiquei 100%. (...) não consigo fazer a minha vida. (...) Tenho medo que caia e depois é muito complicativo. (...) não vinha em condições de fazer nada... (...) Mas isto aqui foi como é que era uma eletricidade no corpo, tudo escangalhado, é como era tudo a tremer cá por dentro, não sei explicar como é que era. (...) Mas agora já não tremo tanto (...) Era próprio da fraqueza de certeza (...). (...) Eu pensava que era alguma gripe ou falta de ar ou alguma coisa, mas afinal foi aquela porra. (...) Sei que fui internada com isso, mas quando fui daqui nunca pensei que era isso. (...) a cabeça que estava fraca. (...) deixei de andar. E foi muita coisa junta. (...) [Eu] Dizia-me: será que eu vou avante? Ó bolas apanhei um susto quando me disseram ‘Você está aqui na COVID’, (...) eu nunca pensei que fosse ali cair (...) vou assim ‘Ai o carago que já estou cozida, já não saio daqui’ (...).” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)

Pelos discursos destes dois participantes é possível perceber que as suas experiências de contrair COVID-19 e ser hospitalizado são um pouco diferentes. Enquanto Orlando esteve internado na ala COVID-19 do hospital, Licínia necessitou de internamento nos cuidados intensivos. Apesar disso, os dois idosos admitem que a COVID-19 teve sequelas na sua saúde que vieram impactar nas suas vidas, nomeadamente, agravando os seus estados físicos, levando à perda de mobilidade e autonomia e ao aumento da vulnerabilidade e dependência. No entanto, enquanto Orlando, que se encontrava em ERPI e mantinha uma vida pouco ativa devido ao contexto em que vive e à progressiva perda da autonomia, encara esse impacto como resultado da velhice e das doenças a que esta o sujeita “(...) *as pernitias com a idade começam a faltar já (...)*”, Licínia, que mantinha uma vida ativa cuidando do terreno agrícola e das tarefas domésticas, sendo completamente independente, culpa a COVID-19 pela perda da sua autonomia e pela falta de mobilidade que adquiriu, e não o envelhecimento. “(...) *Fiquei muito cansada desta porcaria. (...) não vinha em condições (...)*”. Além disso, no caso de Licínia, a contração de COVID-19 veio marcar uma rutura com a vida anterior, uma vez que esta viu a sua vida quotidiana ser alterada, tendo sido obrigada a adaptar-se a uma nova realidade. Esta mudança no seu modo de vida acabou por ter consequências na forma como esta se percebe a si mesma, tendo deixado de se ver como uma pessoa autónoma para se ver como uma pessoa vulnerável.

Tanto Licínia como Orlando salientam ainda a necessidade de estar atentos aos sintomas para atuar atempadamente sobre a doença “(...) *Podia ter morrido se eu não me rescindo e não vinha a tempo aqui a ver se era ou não. (...)*”, “(...) *ainda lhe acudi a tempo (...)*”.

Orlando parece contrariar a tendência do gênero masculino para ignorar a dor, os sintomas e não pedir ajuda (Augusto, 2013). Além disso, ao tomarem esta posição, as racionalidades leigas parecem ter acompanhado as mudanças que ocorreram ao nível da medicina. Em que, segundo Raposo & Areosa (2009), a medicina deixa de ser uma atividade apenas orientada para o diagnóstico e tratamento, assistindo-se à mudança para uma medicina da vigilância, predição e gestão do risco (Raposo & Areosa, 2009). Onde os indivíduos são “*biocidadãos*” (Mendes & Ferreira, 2013) que estão em constante vigilância dos seus estados de saúde e que devem fazer a gestão do risco, a monitorização e avaliação dos seus estados de saúde através do autoescrutínio e do autocontrolo que, como vimos anteriormente, são uma forma de monitoramento dos indivíduos (Luiz & Cohn, 2006) e de “governo à distância” (Lupton, 1999b).

2.3.3. Serão os impactos da COVID-19 sentidos de igual forma por todos os idosos?

Apesar de todos estes impactos mencionados pelos idosos entrevistados, existem participantes, tanto em SAD como em ERPI, que afirmam que a pandemia não alterou significativamente a sua vida. Essa aparente ausência dos impactos da COVID-19 nas suas vidas parece-se dever-se aos estilos de vida que estes idosos levavam antes da pandemia começar.

Na verdade, devido ao isolamento social, à escassez de atividades fora de casa e aos condicionalismos provocados pela idade e pela doença, alguns idosos em SAD já se encontravam a viver uma situação de “confinamento” mesmo antes de ele ser recomendado ou imposto como consequência da pandemia:

“(...) É como agora. (...) Tudo igual. (...) Eu mesma (...) nunca fui de sair (...) eu sinto-me bem mesmo assim em casa, por isso não me causava diferença nenhuma (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)

“(...) Ó a minha vida mudou pouco, fez mais diferença para... para os estudantes, para quem trabalha e coisa, eu como já estou nesta idade e já não saía assim muito não agravou assim tanto. (...) deixei porque eu já tenho problemas há muitos anos, agora por causa do COVID-19 eu não deixei de fazer nada. (...) eu já estava habituada, não ia passar férias, não ia para a praia, não ia para aqui não ia para além. Nada, não mudou quase nada querida. A minha vida para mim com a pandemia mudou quase zero. (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)

“(...) pouco ando porque tenho falta de mobilidade (...) os anos também vão passando, mas não é só isso, foi desde que apanhei Parkinson. (...) Eu não abalo daqui. (...) não vou assim muito para a rua. (...) Ó o que mudou? Olha é... não sei o que hei de dizer. (...) já estamos reformados e assim, uma vida parada. (...)” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)

Como vimos anteriormente Vera, Paula e Matilde, assim como outros participantes, possuem uma pequena rede de contactos sociais que mantiveram durante a pandemia devido ao uso do telefone e/ou às visitas de famílias que se deslocam às suas habitações para prestar apoio. Também o facto destas idosas habitualmente passarem o seu tempo em casa, devido à existência de estados de saúde caracterizados por morbilidades que conduzem à diminuição da mobilidade e contribuem para vidas inativas após a reforma, leva à percepção de um fraco impacto da pandemia nas suas vidas.

Noutros casos como o de Glória, que após a reforma decidiu voltar a Manteigas após ter vivido toda a sua vida em Lisboa, assiste à diminuição da sua rede social devido ao afastamento geográfico e à reforma, situação que é agravada após a morte do marido, os idosos já vivem numa situação de solidão e isolamento social, não tendo a pandemia causado um impacto significativo nessa esfera das suas vidas. Além disso, se atentarmos ao discurso desta entrevistada podemos perceber que ela mantém uma vida ativa que organiza em torno da lide doméstica e do “jardim”:

“(...) ando com o cão, olhe vou para o quintal e semeei umas batatitas ali no quintal, e tenho quatro galinhas. (...) sexta-feira vou ao lá em cima buscar a carne para o cão (...). (...) ver um bocadinho de televisão, e cá vou ocupar (...). (...) Olha não mudou nada (...) eu faço poucas coisas, estou sempre em casa, não é? (...) também já sou velha para isso, o meu tempo passo-o ali (aponta para o jardim). (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)

Uma vez que esta cuida sozinha do jardim e durante a pandemia era permitida a saída para cuidar de terrenos agrícolas, Glória conseguiu manter a sua habitual rotina, o que minimizou os impactos da COVID-19 na sua vida.

Assim, estas participantes levam estilos de vida caracterizados pelo isolamento nas suas habitações, aspeto esse que foi prolongado pela pandemia, e que, de certo modo, contribuiu para que estas não sentissem que após a chegada da COVID-19 as suas vidas se tenham alterado significativamente.

No caso dos participantes em ERPI, com a entrada na instituição, os idosos assistem a uma rutura com a vida anterior como resultado da separação da habitação, da alteração de hábitos de vida e da perda da liberdade. Vêm-se obrigados a adaptar-se a uma nova vida, uma nova rotina, com horários para comer, dormir, tomar banho, entre outros, estando sujeito às regras que lhe são impostas pela instituição. Isto acontece porque, como temos vindo a referir, as ERPI assemelham-se a *instituições totais*, e este tipo de instituições têm um funcionamento e uma rotina altamente estruturada e regida pelo grupo dos gerentes (Faria & Carmo, 2015). Assim, com a institucionalização o internado vê-se obrigado reorganizar o seu quotidiano (Dutra et al, 2016), e é desprovido da possibilidade de planear o seu dia, perdendo os papéis sociais que outrora ocupava, a liberdade de escolha e a possibilidade de tomar “*decisões “adultas”*” (Goffman, 1961; p.46). Atentemos ao discurso de alguns entrevistados acerca da vida em lar:

“(...) Olhe ajudo a dar de comer para os doentes, ajudei muito nas mesas no refeitório. (...) Encho as garrafas, e ponho os guardanapos (...). (...) sempre distraio um pouquinho (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) Olhe às vezes a D. Liliana chama... ontem foi ginástica, hoje às quatro horas rezamos o terço, e... e elas andaram a fazer... agora, foi pela Páscoa (...)? (...) Fazer um coelhinho para oferecer a cada pessoa, (...) e a gente vai para lá ajudar a cortar ou a colar. (...) E passa-se assim o tempo, olhe estamos ali assentadas. (...) [E: o que mudou na sua vida?] Igual. É igual. É igual minha filha. (...) é igual, fazia igual (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) A minha vida olhe é estar assentado na cadeira desde que me levanto até que me deite, é assim. (...) é a ver a televisão, hoje não. Ontem e hoje tenho estado a jogar às cartas (...) até ao jantar. Ao jantar, janto e (...) o dia acabado. (...) Eu não faço nada, o que é que eu faço? Olhe é passar as horas. (...) Aqui estamos nas quatro paredes e passa-se o tempo. (...) Fazia [as mesmas coisas], então eu não faço nada (...) é só passar as horas (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)

Pelos discursos acima mencionados pudemos observar que as vidas dos idosos em ERPI são marcadas pelas rotinas da instituição e pelas atividades que esta lhes impõe ou lhes possibilita, como é o caso, por exemplo, da ginástica, dos trabalhos manuais, da possibilidade de ver televisão ou jogar às cartas, e ainda da possibilidade de ajudar os funcionários, entre outras atividades que marcam o quotidiano dos participantes

institucionalizados. Assim, pudemos constatar, que neste tipo de instituições todas as atividades são realizadas seguindo um horário e uma sequência que são impostos pela instituição (Goffman, 1961), pelo que os utentes estão habituados a aceitar as rotinas que a esta lhes impõe sem muitas explicações.

Além disso, pelos discursos destes idosos, é possível perceber que as atividades e rotinas quotidianas são habitualmente condicionadas pelos limites físicos da instituição, aspeto que se prolongou durante a pandemia COVID-19. Tal facto deve-se, como tem vindo a ser referido, ao carácter fechado destas instituições que faz com que a vida destes indivíduos se concentre dentro dos limites físicos da instituição havendo, segundo Goffman (1961), uma separação rigorosa entre o local em que toda a vida do indivíduo se desenrola e o mundo exterior.

De certo modo, o facto dos idosos em ERPI levarem um estilo de vida marcado pela manutenção das rotinas e por uma vida formalmente administrada submetida à regulação da instituição, limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior faz com que a vida destes indivíduos decorra em grupo e se concentre no interior do lar, aspeto esse que parece minimizar os impactos da COVID-19 na vida dos utentes. Uma vez que em tempo de pandemia isso permite continuar com as rotinas e a vida em grupo mantendo uma certa normalidade no interior da instituição mesmo em tempo de COVID-19. Desta forma, estes aspetos, que tipicamente são entendidos como uma crítica a este tipo de instituições, paradoxalmente, contribuíram para a manutenção de uma certa segurança face à incerteza vivida no “mundo lá fora”, assolado por uma crise pandémica geradora de perturbações sociais e pessoais. Contudo, é de notar que tal facto não quer dizer que estes idosos sejam indiferentes ao contexto pandémico que atravessamos, pelo contrário, reconhecem as alterações que a COVID-19 veio causar na sociedade e, conseqüentemente, nas suas vidas.

Considerações Finais

A pesquisa, de carácter qualitativo, realizada nesta dissertação de mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, tinha como objetivo analisar as percepções dos idosos em relação à COVID-19 e aos impactos sociais que esta nova doença teve nas suas vidas quotidianas e na sua autoimagem.

Com esta investigação pudemos constatar que grande parte da informação que chega aos idosos entrevistados acerca da COVID-19 e da pandemia dela decorrente ocorre através dos meios de comunicação social, sobretudo a televisão, influenciando não apenas a forma como os participantes constroem esta nova doença, mas também os comportamentos preventivos ou de risco que adotam em contexto pandémico.

A maior parte dos idosos e idosas entrevistados constroem socialmente a COVID-19 apropriando-se da definição biomédica desta doença, ressaltando o seu carácter infeccioso, mas também a invisibilidade e a ubiquidade do vírus, o que influencia as suas representações e a produção de significados em torno da COVID-19. No entanto, esta produção de significado não se restringe às definições biomédicas, eles recorrem também a experiências pessoais e coletivas anteriores, como por exemplo outras pandemias que ocorreram ao longo da história, ou a doenças infecciosas existentes noutros países; a saberes sociopolíticos, como é o caso dos riscos manufaturados e das armas biológicas decorrentes dos avanços da ciência; e a saberes mágico-religiosos e crenças pessoais, associando a pandemia ao destino, a forças sobrenaturais e à intervenção divina. Assim, esta investigação permitiu dar visibilidade e sentido às lógicas leigas e à forma como os indivíduos constroem a COVID-19, assim como aos significados que lhes atribuem, os quais não se cingem aos significados biomédicos nem aos conhecimentos especializados que lhes chegam através dos meios de comunicação social e das mais diversas fontes de informação a que têm acesso.

As racionalidades leigas, como vimos, não são passivas nem desprovidas de sentido. Surgem da interação entre as influências dos especialistas, as influências sociais e culturais, as observações e experiências pessoais e coletivas a reflexividade dos indivíduos. Estes fazem a sua própria interpretação e gestão da informação, produzindo significados e racionalidades que emergem a partir de diferentes formas de conhecimento e de saber interrelacionados, como o natural, o mágico-religioso, o sociopolítico, o científico, entre outras formas de conhecimento.

A forma como os idosos constroem a COVID-19 influencia as percepções que estes têm do risco, sendo que os indivíduos que associam a esta doença significados e explicações

decorrentes das suas crenças pessoais, como o destino ou forças sobrenaturais e divinas, têm tendência a perceber o risco desta nova doença como sendo baixo. Contudo, esse não é o único fator que afeta a percepção que estes têm do risco, ela também depende das experiências de cada um, da análise que os indivíduos fazem do contexto em que se encontram e das crenças de cada um.

Com o presente estudo foi possível perceber que alguns idosos que fazem uma apreciação negativa do seu estado de saúde têm tendência a associar a COVID-19 a um risco elevado. Por outro lado, idosos que têm a noção de que vivemos constantemente expostos aos riscos, por vivermos numa sociedade de risco, e que experienciaram situações de perigo devido à sua profissão ou ao desenvolvimento de doenças graves, têm tendência a colocar a COVID-19 como um risco baixo, o que significa que os indivíduos fazem uso das experiências de risco anteriores para avaliar a situação de risco atual. Além disso, a avaliação que estes fazem dos contextos em que se encontram e dos estilos de vida que levam influência a forma como estes classificam o risco da COVID-19, sendo que os idosos que vivem vidas mais fechadas (em casa ou na instituição), com pouca interação social, assim como os idosos que admitem seguir as medidas de proteção individual têm tendência a avaliar o risco da COVID-19 como baixo, admitindo que este risco varia de acordo com a profissão, o local de residência, e até mesmo a alimentação da pessoa e a adesão (ou não) às medidas de proteção, aspetos claramente associados à existência de diferentes estilos de vida.

Ao longo deste estudo foi também possível compreender que os idosos entrevistados desenham o risco como um *continuum*. Ou seja, para estes o risco está sempre presente, o que pode existir são situações de maior ou menor risco, ou indivíduos que se encontram em maior ou menor perigo. Isto reflete-se no facto de a maior parte dos sujeitos colocar a COVID-19 como um risco universal, que pode afetar todos os segmentos da população, mas que simultaneamente pode afetar com maior intensidade e frequência grupos específicos. Tal facto faz com que todos os entrevistados se coloquem como estando em risco, mas que tomem diferente posicionamentos face ao espectro do risco, colocando-se (e sentindo-se) como correndo mais ou menos risco face à COVID-19. Isto faz com que, mesmo considerando-se em risco, nem todos os entrevistados se autointitulem como membros do “grupo de risco” biomedicamente definido e amplamente divulgado pelos *media*.

A maior parte dos participantes, por não se incluírem no “grupo de risco”, não interiorizam esse rótulo e não alteram a autoimagem que têm de si mesmo. Porém os indivíduos que se classificam como membros do “grupo de risco” à COVID-19 fazem a

interiorização desse rótulo, o que acaba por contribuir para a construção da sua autoimagem enquanto sujeitos frágeis e vulneráveis, ampliando os sentimentos de medo no contexto pandémico que atravessamos. Tal facto poderá traduzir-se em ou agravar situações de isolamento, stress, depressão e ansiedade, que tem não só efeitos na saúde dos idosos que interiorizam esse rótulo biomédico, mas também no aumento da vulnerabilidade à exclusão destes sujeitos. Isto dado que esse rótulo não contribui apenas para a construção dessa autoimagem dos idosos, contribui também para aprofundar ainda mais a imagem de fragilidade e dependência que socialmente associamos à velhice, agudizando a desqualificação a que estão sujeitos os idosos nas sociedades ocidentais modernas.

Na generalidade, durante os meses de pandemia e principalmente durante o confinamento, as perceções de risco destes indivíduos aumentaram juntamente com o aumento dos sentimentos de perigo e medo. Contudo existem também idosos que devido às suas crenças pessoais, às suas experiências de vida, à consciência de viver numa sociedade de risco e/ou ao facto de associarem a velhice a uma época marcada pelo risco de adoecer e morrer admitem que as suas perceções de risco e os sentimentos de medo permaneceram (quase) inalterados.

Os principais riscos que os participantes atribuem à COVID-19 prendem-se principalmente com a morte e as sequelas decorrentes de contrair a doença, aspetos esses amplamente divulgados pelos *media*, sendo este o perigo mais mencionado. Seguem-se o aumento do isolamento social, e os efeitos da pandemia e do confinamento na economia, traduzindo-se no desemprego, na carência alimentar e na “miséria”, aumentando assim as desigualdades sociais e a exclusão. É ainda referida a sobrelotação dos serviços de saúde devido à concentração dos recursos em cuidados COVID-19, levando à suspensão dos serviços essenciais não relacionados com esta doença.

Desde o início da pandemia que a medida mais adotada pelos idosos que participaram neste estudo, quer os que estão nas suas residências quer os que vivem em lar, foi o uso da máscara, seguindo-se o distanciamento social, fortemente associado ao (auto)isolamento, a lavagem e desinfeção das mãos, de superfícies e objetos. Mas há ainda quem recorra a alternativa não biomédicas, havendo um entrevistado que admite ter recorrido a medicinas alternativas e algumas entrevistadas que, apoiando-se nas suas crenças, recorrem à oração. Posteriormente, com a chegada da vacina contra a COVID-19 a Portugal, na generalidade, os idosos aderiram livremente à vacinação.

Ao longo desta investigação encontramos pelo menos uma idosa que, ao construir a COVID-19 como uma intervenção divina, adere menos ao uso de máscara, pois considera

que tem proteção divina, decorrente da sua fé; encontramos também indivíduos que colocam o risco desta nova doença como sendo um risco grave, o que os leva a aderir voluntariamente a um maior número de medidas de proteção; estão ainda presentes idosos, nomeadamente idosos institucionalizados, que ao avaliarem o contexto em que vivem como seguro, devido ao fechamento com o exterior, onde se encontra o perigo, tendem a aderir menos às medidas de proteção; e existe ainda uma idosa que não adere à vacinação, justificando esse posicionamento com base na sua experiência anterior com outra vacina, face à qual desenvolveu feitos secundários. Tais aspetos levam-nos a considerar que a forma como os indivíduos constroem a COVID-19 e os seus perigos, a forma como se posicionam no espectro do risco, a maneira como avaliam os contextos em que se encontram e as experiências de vida anteriores têm influência na adesão (ou não) às medidas preventivas e na existência (ou não) de comportamentos de risco.

De um modo geral, os idosos são um grupo que possui uma pequena rede de contactos sociais devido à morte ou ao afastamento geográfico de amigos e familiares, existindo mesmo situações de isolamento social. Durante a pandemia, alguns idosos, principalmente aqueles que mantinham vidas ativas e grupos de convívio, viram as suas interações serem reduzidas, ainda que não extinguidas, devido ao uso do telefone e do telemóvel, ou a visitas esporádicas e visitas de familiares para prestar auxílio a estes indivíduos. Apesar disso, o resultado da COVID-19 que, na perceção dos idosos entrevistados, mais alterou as suas vidas prende-se com o aumento do isolamento social e do sedentarismo, devido à maior permanência em casa, causada pelas medidas de contingência, como o distanciamento social e o dever ou a obrigatoriedade de recolhimento (em casa ou na instituição). Estes são aspetos que tiveram impacto na vida e na saúde dos indivíduos, podendo contribuir para o agravamento das suas condições clínicas e a perda da mobilidade, aumentando assim as situações de dependência e as probabilidades de quedas e complicações na saúde dos sujeitos.

Outro impacto mencionado diz respeito ao aumento da dificuldade de acesso a cuidados de saúde não COVID-19, devido quer à suspensão de serviços de saúde essenciais não relacionados a esta nova doença, quer a medidas de contingência e ao medo de ser contaminado. Há ainda o impacto provocado pela contração desta nova doença, sendo este variável em função não só do grau de gravidade com que se desenvolveu a doença, mas também do contexto e estilo de vida que os indivíduos levam antes da contração desta doença. Indivíduos com vidas pouco ativas e regulamentadas pela instituição, que desenvolvem COVID-19 de forma ligeira ou moderada, associam a COVID-19 a mais uma doença aguda ou crónica a que estamos sujeitos, percebendo as suas sequelas como resultado do avançar da idade. Já a entrevistada que matinha uma vida ativa no seu

domicílio e que contraiu COVID-19 de forma grave, necessitando de internamento na unidade de cuidados continuados, acabou por mudar a forma como se via a si mesma, como resultado do impacto que o diagnóstico e a própria doença tiveram nela.

A presente investigação permitiu ainda compreender que os estilos de vida que os idosos levam poderão ampliar ou minimizar os impactos provocados pela COVID-19. Sujeitos com vidas ativas e que mantêm redes de contactos sociais também elas ativas aparentam sentir um maior impacto decorrente desta doença e das suas medidas de contingência, enquanto idosos que já habitualmente levam vidas menos ativas e de fechamento, quer em casa, quer nas instituições, aproximando-se de situações de isolamento social, parecem admitir que a COVID-19 não veio impactar significativamente nos seus quotidianos, já habitualmente marcados pela permanência em casa ou na instituição e pela falta de contactos sociais.

Também viver na sua residência ou viver numa instituição parece fazer diferença, uma vez que os impactos desta nova doença são mais sentidos pelos idosos que se encontram nas suas habitações do que por aqueles que se encontram institucionalizados. O facto destes idosos levarem um estilo de vida marcado por uma vida formalmente administrada, submetida à regulação da instituição, limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior, faz com que a vida destes indivíduos decorra em grupo e se concentre no interior do lar, aspeto esse que manteve durante a pandemia COVID-19, exceto em caso de surto, momento em que, segundo os relatos dos entrevistados, houve um aumento das situações de isolamento. Desta forma, estes aspetos, que tipicamente são entendidos como uma crítica a este tipo de instituições, paradoxalmente, contribuíram para a manutenção de uma certa segurança face à incerteza vivida no “mundo lá fora”, assolado por uma crise pandémica geradora de perturbações sociais e pessoais.

Em suma, podemos concluir que a COVID-19 veio agravar as desigualdades sociais, a vulnerabilidade e a exclusão social destes idosos, contribuindo não só para a manutenção das situações de isolamento já existentes, mas também para que idosos que não se encontravam nessa situação sejam agora confrontados pelo isolamento e pela vulnerabilidade à exclusão social. Contudo, é importante sublinhar que a população idosa é um grupo heterogéneo, ainda que essa heterogeneidade não seja refletida pelo grupo de participantes neste estudo. Este é constituído principalmente por idosos de baixo estatuto socioeconómico, que não possuem recursos económicos e sociais para minimizar o aumento do isolamento e exclusão social ou para recorrer a serviços de apoio, situação essa que poderá ser diferente em idosos de estatuto socioeconómico mais

elevado, que lhes permita ter acesso a recursos para minimizar os impactos da COVID-19. Isto, apesar de sabermos que em Portugal os idosos pertencem simultaneamente ao grupo mais vulnerável à pobreza e ao grupo mais vulnerável à exclusão social (Santana, 2002).

Quanto às dificuldades sentidas ao longo desta investigação, salientamos desde logo as limitações que a pandemia COVID-19 trouxe para a realização do trabalho empírico da investigação, trazendo consigo a incerteza quanto a forma como seriam realizadas as entrevistas (online ou presencial) e até mesmo quanto ao facto se seriam ou não incluídos idosos que se encontravam nas suas habitações, devido à dificuldade destes indivíduos em aceder à internet e de realizar entrevistas online.

O trabalho empírico esteve sempre completamente dependente do contexto pandémico até à ida para o terreno, estando sujeito à incerteza de a qualquer momento ter de ser alterado. Ainda associado ao contexto pandémico, o surgimento do surto na SCMM durante os meses de fevereiro e março atrasou o contacto com a instituição e o início do trabalho de campo. A isto soma-se ainda a dificuldade de comunicação causada pelo uso da máscara. Quer no interior da instituição quer na habitação dos idosos foi sempre respeitado o uso de máscara por parte da investigadora, o que em certos casos dificultou a compreensão por parte dos entrevistados, tendo mesmo havido uma entrevistada que perguntou se eu não poderia tirar a máscara, pois tinha dificuldade em compreender o que lhe estava a ser dito.

Apesar destas limitações, a realização desta investigação foi uma oportunidade de interagir com os idosos, foi uma oportunidade de dar voz a estes atores sociais de que se tem falado constantemente desde o início da pandemia, o que possibilitou compreender de que forma estes indivíduos constroem a COVID-19 e a pandemia dela decorrente, os riscos que estes lhe associam e como se posicionam em relação a eles, as medidas preventivas que estes adotam em contexto pandémico e o porquê de o fazerem, e ainda a forma como esta nova doença afetou as suas vidas. Assim, esta investigação foi uma oportunidade de aprendizagem, sendo que os objetivos propostos foram atingidos.

Em novas oportunidades de pesquisa seria de considerar alargar o número de participantes, potenciando uma maior diversidade no que diz respeito a fatores sociais como o género, o estatuto socioeconómico, as habilitações literárias, o contexto geográfico (rural ou urbano), entre outros, uma vez que, como sabemos, estes fatores contribuem para a existência de diferentes estilos de vida, que por sua vez influenciam a forma como os indivíduos constroem e experienciam a pandemia COVID-19. Seria interessante incluir idosos que usufruem de outros tipos de serviços que vão além do

internamento e do apoio domiciliário, como por exemplo os centros de dia, que foram na sua maioria suspensos durante a pandemia, idosos de instituições de diferentes naturezas, como por exemplo lares públicos e da segurança social e lares particulares, e ainda idosos que se encontram nas suas casas e não usufruem de qualquer tipo de apoio formal e/ou informal. Seria também interessante complementar e comparar os pontos de vista dos idosos acerca da COVID-19 com a visão de outros atores sociais, nomeadamente as famílias, os cuidadores (formais e informais) e entidades que lidam diariamente com esta população. Por último, propõem-se ainda um estudo mais aprofundado acerca da experiência subjetiva de ser doente COVID-19, com uma amostra maior e mais diversificada, podendo mesmo esta incluir não apenas indivíduos idosos, mas de outros segmentos da população, de modo a fazer uma análise comparativa entre grupos. De forma conclusiva, espero com a presente investigação ter contribuído para a produção de conhecimento sociológico sobre os impactos da COVID19 e da situação pandémica na vida dos idosos, nas suas sociabilidades, na sua autoimagem, na sua saúde percebida, abrindo caminho para novos questionamentos, para que outros estudos possam partir de tais contribuições e aprofundá-las com novos olhares.

Bibliografia

- Almeida, João Ferreira de, e Pinto, José Madureira (1975), *Teoria e investigação empírica nas ciências sociais*, Imprensa de Ciências Sociais
- Almeida, Jorge Fonseca de (2013), “Ética da investigação em ciências sociais”, em *Sociologia ON LINE*, nº 6, junho 2013. Consultado a 20/10/2020 em: < <https://revista.aps.pt/pt/etica-da-investigacao-em-ciencias-sociais/> >
- Augusto, Amélia (2004), “Os media e a construção social da infertilidade e da procriação medicamente assistida em Portugal”, em *Actas do V Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Atelier: Saúde*
- Augusto, Amélia (2008), “Reprodução medicamente assistida: da definição dos riscos médicos à construção do risco social”, em *VI Congresso Português de Sociologia*, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 25 a 28 de Junho de 2008, nº584.
- Augusto, Amélia (2013), “Género e Saúde”, in Alves, Fátima (coord.) (2013), *Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica*, Lisboa, PACTOR, pp. 29-34
- Barreto, João (2005), “Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual”, *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15,289-302
- Batista, Sandro Rodrigues, e outros (2020), “Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19”, *Cadernos de Saúde Pública*, 36 Sup 3
- Bavel, Jay J. Van e outros (2020), “Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response”, *Nature Human Behaviour*, vol.4, pp.460-471. PDF consultado em < <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0884-z> >
- Bello-Chavolla, Omar Yaxmehen, e outros (2020), “Unequal impact of structural health determinants and comorbidity on COVID-19 severity and lethality in older Mexican adults: Looking beyond chronological aging”, *medRxiv*.
- Berg-Weger, Marla, e Morley J. E. (2020), “Loneliness and social isolation in older adults during the covid-19 pandemic: implications for gerontological social work”, *J Nutr Health Aging*, v.24, nº5, pp.456-458

- Brandão, André Augusto (2002), “Conceitos e coisas: Robert Castel, a “desfiliação” e a pobreza urbana no Brasil”, *Emancipação*, vol.2, n^o1, pp. 141-157
- Brites, Maria José (2017), “Quando a investigação é feita com participantes ativos: ampliar o uso das técnicas de entrevista e de grupo focal”, in Ferreira, Vítor Sérgio (org.), *Pesquisar Jovens: Caminhos e Desafios Metodológicos*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa, pp. 91-110
- Brown, Patrick (2020), “Studying COVID-19 in light of critical approaches to risk and uncertainty: research pathways, conceptual tools, and some magic from Mary Douglas”, *Risk & Society*, vol.22, n^o1, pp. 1-14. Pdf consultado em: < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2020.1745508> >
- Capucha, Luís, (2014), “Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, pp.112-131
- Carapinheiro, Graça (2005), “Do bio-poder ao poder médico”, *Estudos do século XX*, n.5, pp. 383-398
- Carapinheiro, Graça (2007), “Saúde e risco na sociedade portuguesa: para uma nova agenda das políticas da vida” in José Manuel Viegas, Helena Carreiras e Andrés Malamud (orgs.), *Portugal no Contexto Europeu*, v.1, Instituições e Políticas, Celta Editora, Lisboa, pp.189-201
- Carapinheiro, Graça (2011), “Saúde e doença: um programa crítico de sociologia da saúde”, *Sociologia ON LINE*, n.3, número temático de Sociologia da Saúde, pp.57-71
- Carapinheiro, Graça, Serra, Helena, e Correia, Tiago (2013), “Estado, medicina e políticas em Portugal: fluxos e refluxos de poder”, in Alves, Fátima (coord.) (2013), *Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica*, Lisboa, PACTOR, pp. 49-74
- Cardoso, Ana Paula Pereira Oliveira, e Costa, Luísa Maria Almeida Craveiro (2006), “Velhice e exclusão social: um estudo no centro de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo”, *PSYCHOLOGICA*, vol.42, pp. 89-114
- Carneiro, Roberto (coord) (2012), “O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade: relatório final”, *Lisboa: Universidade Católica Portuguesa*, pp. 43-50, 54-83, 87-138, 147-156

- Carneiro, Roberto e outros (2013), *Povos e Culturas (16) – Envelhecimento Ativo e Diálogo Intergeracional*, CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, pp. 57-134
- Carvalho, Graça Simões e outros (2008), “O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco”, *CIEC -Textos em atas*. Pdf consultado a 12/01/2021 em < <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7640/1/BM%20%26%20HP%20comp-risco.pdf> >
- Chen, Annie T. e outros (2020), “Reactions to COVID-19, information and technology use, and social connectedness among older adults with pre-frailty and frailty”, *Geriatric Nursing*
- Coello, Raquel (coord.) (2020), “Cuidados na América Latina e no Caribe em tempos de COVID-19. Em direção a sistemas integrais para fortalecer a resposta e a recuperação”, *ONU Mulheres & CEPAL*
- Concelho Local de Ação Social de Manteigas (2017), *Diagnóstico social do concelho de Manteigas*
- covid19estamoson.gov.pt (2021), *Controlar a pandemia: Conselho de ministros 11 de março de 2021*, consultado a 27.08.2021 em < https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2021/03/CI_11mar.pdf >
- covid19estamoson.gov.pt (s/d), “Vacinação COVID19 FAQ’s”, em *não paramos ESTAMOS ON; a resposta de Portugal à COVID-19*, consultado a 27.08.2021 em < <https://covid19estamoson.gov.pt/vacinacao-faqs/> >
- Crisóstomo, Sofia, e Santos, Margarida (2018), “Participação pública na saúde: das ideias à ação em Portugal”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, vol.117, pp.167-186.
- Dake, Karl (1992), “Myths of nature: Culture and social construction of risk”, *Journal of Social Issues*, vol.48, nº4, pp.21-37
- Davison, Charlie, e outros (1991), “Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education”, *Sociology of Health & Illness*, vol.13, nº1

- Dean, Mitchell (1999), "Risk calculable and incalculable", in Lupton, Deborah (ed.) (1999), *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 131-159
- Delen, Dursun, Eryarsoy, Enes, e Davazdahemami, Behroo (2020), "No place like home: cross-national data analysis of the efficacy of social distancing during the COVID-19 pandemic", *JMIR Public Heal Surveill.* PDF consultado a 28/12/2020 em < <https://publichealth.jmir.org/2020/2/e19862/pdf> >
- Dias, Isabel, e Rodrigues, Eduardo Vítor (2012), "Demografia e Sociologia do Envelhecimento", in Paúl, Constança, e Ribeiro, Óscar (coord.) (2012), *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, LIDEL, Lisboa, pp. 179-201
- Direção-Geral da Saúde (2021a), "Ponto da situação Atual em Portugal", em *Direção-Geral da Saúde - COVID-19*, Ministério da Saúde. Consultado a 10/10/2021 em < <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/> >
- Direção-Geral da Saúde (2021b), "COVID-19", em SNS24, Temas>Doenças infecciosas>COVID-19, atualizado a 07/06/2021, consultado a 15.6.2021 em < <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-o> >
- Direção-Geral da Saúde (2021c), "Doenças infecciosas", em SNS24, Temas>Doenças infecciosas, atualizado a 09/03/2020, consultado a 28.06.2021 em < <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/grupos-de-risco/#sec-o> >
- Direção-Geral da Saúde (2021d), "Grupos de risco", em SNS24, Temas>Doenças infecciosas>COVID-19>Grupos de risco, Atualizado a 29/04/2021, consultado a 18.06.2021 em < <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/grupos-de-risco/#sec-o> >
- Direção-Geral da Saúde (s/d), "Estado de Emergência", em *SNS 24 – Centro de Contacto Serviço Nacional de Saúde*. Consultado a 03/01/2021 em < <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/estado-de-emergencia/> >
- Duarte, Inês Alves (2011), "A institucionalização do idoso no Concelho de Anadia", *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, vol.4, nº2, pp. 37-45

- Dutra, Robson Rezende, e outros (2016), “Refletindo sobre o processo de institucionalização do idoso”, *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, pp. 1-9
- Ekberg, Merryn (2007), “The parameters of the risk society: A review and exploration”, *Current sociology*, vol.55, n°3, pp. 343-366
- Faria, Carla Gomes, e Carmo, Macedo Peixoto (2015), “Transição e (in) adaptação ao lar de idosos: um estudo qualitativo”, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.31, n°4, pp.435-442. Consultado a 01.07.2021 em < <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042472435442> >
- Ferguson, Neil M. e outros (2020), “Report 9: Impacto f non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand”, *Imperial College COVID-19 Response Team*. Pdf consultado a 28/12/2020 em < <https://standpunkt.jetzt/wp-content/uploads/2020/07/COVID19-Report-9-Imperial-College.pdf> >
- Fernandes, Ana, (2001), “Velhice, Solidariedades e Política Social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, CIES-ISCTE/CELTA, pp. 39-52
- Flick, Uwe (2005), “Entrevistas e Debates de Grupo”, in Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Monitor, Lisboa, pp.99-126
- Fox, Nick J. (1999), “Postmodern reflections on “risk”, “hazards” and life choices”, in Lupton, Deborah (ed.) (1999), *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 12-33
- Francisco, Susete (2020), “Da emergência à calamidade. Um país a aprender a lidar com uma pandemia”, em *Diário de Notícias*. Emitido a 14/11/2020, consultado a 03/01/2021 em < <https://www.dn.pt/pais/da-emergencia-a-calamidade-um-pais-a-aprender-a-lidar-com-uma-pandemia-12918675.html> >
- Gabe, Jonathan (1995), “Health, medicine and risk: The need for a sociological approach”, in Gabe, Jonathan (ed.), *Medicine, health and risk: sociological approaches*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford
- Giddens, Anthony (2008), *Sociologia*, Fundação Calouste Gulbenkian – Serviço de Educação e Bolsas, 6ª Edição, Lisboa

- Giorgi, Raffaele De (2008), O risco na Sociedade Contemporânea, *Revista de Direito Sanitário*, vol.9, nº1, pp. 37-49. Pdf consultado em < <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i1p37-49> >
- Goffman, Erving (1961), *Manicómios, prisões e conventos*, Editora Perspectiva S.A., São Paulo. PDF consultado em < <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoese-conventos.pdf> >
- Goldblatt, Peter e outros (2020), *Health inequity and the effects of COVID-19 - Assessing, responding to and mitigating the socioeconomic impact on health to build a better future*, World Health Organization - Regional Office for Europe. Pdf consultado a 29/12/2020 em < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338199/WHO-EURO-2020-1744-41495-56594-eng.pdf> >
- Grinyer, Anne (1995), “Risk, the real world and naive sociology: Perceptions of risk from occupational injury in the health service”, in Gabe, Jonathan (ed.), *Medicine, health and risk: sociological approaches*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford, pp.31-51
- Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, Princípia Editora, Cascais
- Guerra, Sara, e Sousa, Liliana (2014), “Apoio Social à pessoa idosa”, in Veríssimo, Manuel Teixeira (coord.) (2014), *Geriatrics fundamental – saber e praticar*, Lisboa, LIDEL, pp.385-402
- INE – Instituto Nacional de Estatísticas Portugal (2019), *Estatísticas Demográficas 2019*, Instituto Nacional de Estatísticas, I.P.
- INE – Instituto Nacional de Estatísticas Portugal (2020), “Estimativas de População Residente em Portugal”, *Destaque do INE*, Instituto Nacional de Estatísticas
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2017), *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*, Portugal. Pdf consultado em < http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb >
- Jones, Xenia Rochelle (2020), “Covid-19: An Exposition, with a Focus on Social Isolation in the Elderly (UK)”, *ResearchGate*

- Junior, Eduardo Brandão Lima, e outros (2021), “Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa”, *Cadernos da Fucamp*, vol.20, n.44, pp.36-51
- Ketele, Jean-Marie e Roegiers, Xavier (1999), *Metodologia de Recolha de Dados: Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*, Lisboa, Instituto Piaget
- Kripka, Rosana Maria Luvezute, Scheller, Morgana, e Bonotto, Danusa de Lara (2015), “Pesquisa documental: Considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa” *Atas CIAIQ2015*, *Investigação Qualitativa em Educação*, vol. 2, pp. 243-247
- Lakatos, Eva Maria, e Marconi, Marina de Andrade (2003), *Fundamentos de metodologia científica*, Atlas, São Paulo
- Lalanda, Piedade (1998), “Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica”, *Análise social*, vol. XXXVIII (148), nº4, pp.871-883
- Lash, Scott (1995) “A reflexividade e os seus duplos”, in Beck, Ulrich, Giddens, Anthony, e Lash, Scott (1995), *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*, Editora UNESP, São Paulo, pp.135-206
- Lima-Costa, Maria Fernanda e outros (2020), “Distanciamento social, uso de máscara e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-29”, *Cadernos de Saúde Pública*, 36, sup.3
- Lloyd-Sherlock, Peter e outros (2020), “Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries”, *thebmj*. PDF consultado em < <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m1052.full.pdf> >
- Lopes, Alexandra (2008), “Rendimento e privação entre os idosos portugueses: uma análise de dados do painel dos agregados da Comunidade Europeia”, em *VI Congresso Português de Sociologia*, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 25 a 28 de Junho de 2008, nº584. PDF consultado a 26-11-2020 em < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55143/2/aslopesrendimento000123851.pdf> >

- Lopes, Alexandra (2012), “Idosos e riscos de exclusão social: as dimensões monetárias e não monetárias na discussão sobre instrumentos de política social”, *SOCIOLOGIA ONLINE*, 5, pp. 103-122
- Lopes, Alexandra, e Gonçalves, Carlos Manuel (2012), “Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas”, in Paúl, Constança, e Ribeiro, Óscar (coord.) (2012), *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, LIDEL, Lisboa, pp. 203-229
- Lopes, Alexandra, e Lemos, Rute, (2012), “Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa”, *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número temático: Envelhecimento demográfico, 13-31.
- Luiz, Olinda do Carmo, e Cohn, Amélia (2006), “Sociedade de risco e risco epidemiológico”, *Caderno de Saúde Pública*, vol.22, n.11, Rio de Janeiro, pp.2339-2348
- Lupton, Deborah (1993), “Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health”, *International Journal of Health Service*, vol.23, nº3, pp. 425-435
- Lupton, Deborah (1999a), “Introduction: risk and sociocultural theory”, in Lupton, Deborah (ed.) (1999), *Risk and Sociocultural Theory. New Directions and Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, pp.1-11
- Lupton, Deborah (1999b), *Risk*, Routledge, London
- Lupton, Deborah, e Tulloch, John (2002), “Risk is part of your life: Risk epistemologies among a group of Australians”, *Sociology*, vol.36, nº2, pp. 317-334.
- Luz, Helena Reis Amaro (2014a), “O terceiro sector na política de cuidados aos idosos em Portugal: Tendências e desafios”, in Luz, Helena Reis Amaro, e Miguel, Isabel Cerca (coord.) (2014), *Gerontologia social: Perspetivas de análise e intervenção*, CIS - Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional, Coimbra, pp. 21-38
- Luz, Helena Reis Amaro (2014b), “Sociologia do envelhecimento”, in Veríssimo, Manuel Teixeira (coord.) (2014), *Geriatría fundamental – saber e praticar*, Lisboa, LIDEL, pp.65,74

- Magalhães, Pedro e outros (coord) (2020), *O impacto Social da Pandemia: Estudo ICS/ISCTE Covid-19*, ISCTE
- Mahtani, Kamal R., Heneghan, Carl, e Aronson, Jeffrey K. (2020), “What is the evidence for social distancing during global pandemics? A rapid summary of current knowledge”, *Oxford COVID-19 Evidence Service*
- Martins, Heloisa Helena T. de Souza (2004), “Metodologia qualitativa de pesquisa”, *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.30, n2, pp.289-300
- Mauritti, Rosário (2004), “Padrões de vida na velhice”, *Análise Social*, vol. XXXIX (Verão), nº171, pp. 339-363
- McDaniel, Susan (2013), “Understanding health sociologically”, *Current Sociology*, nº61 pp. 826-841
- Medeiros, Paulo (2012), “Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização”, *Polémica online*, vol. 11, nº3, pp. 439-453. Consultado a 07/12/2020 em < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616> >
- Mendes, Felismina, e Ferreira, Jonatas (2013), “Novas tecnologias e saúde: implicações políticas e sociais”, in Alves, Fátima (coord.) (2013), *Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica*, Lisboa, PACTOR, pp. 137-159
- Mendes, José Manuel (2015), *Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições*, Imprensa da Universidade de Coimbra
- Obach, Alexandra, e Sadler, Michelle (2009), “Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva”, *Nación Golpeadora; Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista*, Santiago: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, pp. 80-90
- Orozco, Amaia Pérez, (2012), “Ameaça tormenta: a crise dos cuidados e a reorganização do sistema econômico”, in Faria, Nula e Moreno, Renata (org.) (2012), *Análises feministas: Outro olhar sobre a economia e a ecologia*, SOF – Sempre Viva Organização Feminista, São Paulo, pp. 51-93
- Paek, Hye-Jin, e Hove, Thomas (2017), “Risk perceptions and risk characteristics”, *Oxford research encyclopedia of communication*. Pdf consultado em < <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.283> >

- Passos, Luana, e Guedes, Dyeggo Rocha (2018), “Participação feminina no mercado de trabalho e a crise de cuidados da modernidade: Conexões diversas”, *Planeamento e políticas públicas*, nº50, pp.67-94
- Peixoto, Sergio Viana, e outros (2020), “Comportamentos em saúde e adoção de medidas de proteção individual durante a pandemia do novo coronavírus: iniciativa ELSI-COVID-19”, *Cadernos de Saúde Pública*
- Popay, Jennie e outros (1998), “Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge”, *Sociology of Health & Illness*, vol.20, nº5, pp.619-644
- Popay, Jennie, e Williams, Gareth (1996), “Public health research and lay knowledge”, *Social science & medicine*, vol.42, nº5, pp.759-768
- PORDATA (2020), “Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) – Quantos anos, em média, pode uma pessoa esperar viver desde o seu nascimento?”, em *PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo* (28-05-2020), consultado a 12.03.2021 em <[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%c3%a9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo+(base+tri%c3%a9nio+a+partir+de+2001)-418) >
- Qiu, Wuqi., Rutherford, Shannon, Mao, A-Yan., e Chu, Cordia (2017), “The pandemic and its impacts”, *Health, Culture and Society*, vol.9, pp.1-11. Pdf consultado a 28/12/2020 em <<http://hcs.pitt.edu/ojs/index.php/hcs/article/view/221/280> >
- Quivy, Raymond, e Campenhoudt, LucVan (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Lisboa
- Raposo, Hélder (2009), “Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna”, *Análise Social*, vol.193, pp. 747-765
- Raposo, Hélder (2013), “Incerteza e redefinição do trabalho médico: um estudo de caso sobre o aconselhamento genético no cancro hereditário”, *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, vol. 25, pp. 189-209
- Raposo, Hélder, e Areosa, João (2009), “As novas tecnologias médicas e a reconfiguração da saúde: entre riscos e incertezas”, em *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais – Sociedades desiguais e paradigmas em confronto*, Universidade do Minho, 4 a 7 de Fevereiro de 2009. Pdf consultado em <

<https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/916/1/As%20novas%20tecnologias%20m%c3%a9dicas%20e%20a%20reconfigura%c3%a7%c3%a3o%20da%20sa%c3%bade.pdf> >

Rebelo, José, e Penalva, Helena (2004), “Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade”, *Comunicação para o II Congresso Português de Demografia*, Lisboa

Rhodes, Theodore (1997), “Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the organization of risk behaviour”, *Sociology of Health and Illness*, vol.19, nº2, pp. 208-227

Ribeiro, Oscar (2012), “Género e envelhecimento”, in Paúl, Constança, e Ribeiro, Óscar (coord.) (2012), *Manual de Gerontologia – Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, LIDEL, Lisboa, pp. 231-253

Ribeiro, Oscar, e Paúl, Constança (coord.) (2018 [2011]), *Manual de Envelhecimento Ativo*, LIDEL, Lisboa, pp.1-13

Richardson, Sarah J. e outros (2020), “Research with older people in a world with COVID-19: identification of current and future priorities, challenges and opportunities”, *Age and Ageing*, v.49, pp.901-906

Rodrigues, Lizete de Souza, e Soares, Geraldo António (2006), “Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea”, *Revista ágora*, nº4, pp. 1-29

Rosa, Maria João Valente (1993), “O desafio social do envelhecimento demográfico”, *Análise Social*, vol.28, nº122, pp.679-689. Consultado a 09/11/2020 em < <http://www.jstor.org/stable/4101148> >

Sánchez, Silvia Bellón (2015), “La Violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica: Obstetric Violence from the Contributions of Feminist Criticism and Biopolitics”, *Dilemata*, nº18, pp. 93-111. PDF consultado em: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>

Santana, Paula (2002), “Poverty, social exclusion and health in Portugal”, *Social Science & Medicine*, vol.55, pp. 33-45

Santos, Filomena (2014), “Pesquisa Qualitativa: o debate em torno de algumas questões metodológicas”, *Revista Angolana de Sociologia*, nº14, pp.11-24

- Segurança Social* (2021), “Instituições particulares de solidariedade social”, em *Segurança Social*, atualizado em: 12-07-2021, consultado a 26.08.2021 em < <https://www.seg-social.pt/ipss> >
- Sepúlveda-Loyola, Walter e outros (2020), “Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations”, *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. Pdf consultado a 29/12/2020 em < <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-020-1469-2> >
- Shahid, Zainab e outros (2020), “COVID-19 and older adults: what we know”, *The American Geriatrics Society*, vol.68, nº5, pp.926-929
- Silva, Eugénio Alves da (2013), “As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais”, *Revista Angolana de Sociologia*, p.77-99, ed. online em < <https://journals.openedition.org/ras/740> >
- Silva, Luísa Ferreira da (1999), “Saúde das Mulheres: O Género, Determinante Cultural de Saúde”, *Revista de Epidemiologia, Arquivos de Medicina*, vol.13(Supl. 5), pp. 31-34
- Silva, Luísa Ferreira da (2010) “Saúde Comunitária: A participação numa estratégia reguladora”, *Revista Alicerces*, Edições Colibri, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, pp.65-78
- Silva, Luísa Ferreira da (2013), “A saúde e a doença transportam a marca social”, in Alves, Fátima (coord.) (2013), *Saúde, Medicina e Sociedade: Uma visão sociológica*, Lisboa, PACTOR, pp. 25-29
- Silva, Luísa Ferreira da, e Alves, Fátima (2011), “Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, nº21, pp.1207-1229
- SNS (2021), “Grupos prioritário”, consultado em SNS >Vacinação COVID-19>Grupos prioritários, atualizado a 17.05.2021, consultado a 30.06.2021 em: < <https://www.sns.gov.pt/vacinacaocovid19/grupos-prioritarios/> >
- Sontag, Susan (1989), *Illness as metaphor; and AIDS and its metaphors*, Picador, New York
- Tavares, David (2020), *Introdução à sociologia da saúde*, Edições Almedina, S.A., 3ª Edição, Coimbra

- Teixeira, Solange Maria (2020), “Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado”, *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, nº137, pp, 135-154.
- Trostle, James A., e Sommerfeld, Johannes (1996), “Medical Anthropology and Epidemiology”, *Annual Review of Anthropology*, vol.25, pp.253-274. Consultado a 08/02/2021 em < <http://www.jstor.org/stable/2155827> >
- UNECE (Comissão Económica Das Nações Unidas Para A Europa) (2017), *Relatório de Portugal: Terceiro Ciclo De Revisão E Avaliação Da Estratégia De Implementação Regional (RIS) Do Plano Internacional De Ação De Madrid Sobre O Envelhecimento (MIPAA)*, Gabinete de Estratégia e Planeamento Pdf consultado em <https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf>
- UNFPA – Global Technical Brief (2020), “The impact of the COVID-19 for older persons: reponding to the pandemic”, *UNFPA – Global Technical Brief*
- United Nations (UN) (2020a), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons*, United Nations. PDF consultado em < <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf> >
- United Nations (UN) (2020b), “Issue Brief: Older Persons and COVID-19”, *United Nation - Department of Economic and Social Affairs*. Consultado a 12/10/2020 em <<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/04/POLICY-BRIEF-ON-COVID19-AND-OLDER-PERSONS.pdf>>
- Walker, Rae, Bisset, Penny, e Adam, Jenny (2007), “Managing risk: Risk perception, trust and control in a Primary Care Partnership”, *Social Science & Medicine*, vol.64, nº4, pp. 911-923.
- Wildavsky, Aaron, e Dake, Karl (1990), “Theories of Risk Perception: Who Fears What and Why?”, *Daedalus*, vol.119, nº4, pp.41-60. Consultado a 05/02/2021 em <<http://www.jstor.org/stable/20025337> >
- Wilkinson, Iain (2001), “Social theories of risk perception: At once indispensable and insuficiente”, *Current sociology*, vol.49, nº1, pp.1-22.

- Williams, Gareth, e Popay, Jennie (1994), “Lay knowledge and the privilege of experience”, in Gabe Jonathan, Kelleher David, e Williams Gareth (eds) (1994), *Challenging medicine*, Routledge, London, pp.118-140
- Williams, Gareth, Popay, Jennie e Bissel, Paul (1995), “Public health risks in the material world: barriers to social movements in health”, in Gabe, Jonathan (edited), *Medicine, health and risk: sociological approaches*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford, pp.113-132
- Wise, Andrew D., Eversons, Jordan, e Grijalva, Carlos G (2020), “Social Distancing Measures: Evidence of Interruption of Seasonal Influenza Activity and Early Lessons of the SARSCoV-2 Pandemic”, *Clinical Infectious Diseases Editorial Commentary*. Pdf consultado a 28/12/2020 em <<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa834/5860406> >
- Zinn, Jens O. (2006), Recent Developments in Sociology of Risk and Uncertainty. *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, vol.31, n^o2, pp. 275-286. Consultado a 04/02/2021 em <<http://www.jstor.org/stable/20762130> >

Legislação consultada

Orientação nº 009/2020 de 11/03/2020 atualizada a 23/07/2020, em COVID-19 *Direção-Geral da Saúde*. Consultado a 03/01/2021 em <<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx> >

Despacho n.º 4097-B/2020 de 2 de abril, *Diário da República n.º 66/2020, 2.º Suplemento, Série II de 02-04-2020*, Gabinetes dos Ministros da Defesa Nacional e da Administração Interna e das Ministras da Modernização do Estado e da Administração Pública, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, Lisboa. Consultado a 03/01/2021 em <<https://dre.pt/home/-/dre/131051270/details/maximized> >

Informação nº 011/2020 de 11/05/2020 atualizada a 18/10/2020, *SNS – Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde*, Lisboa. Consultado a 03/01/2021 em <<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0112020-de-11052020-pdf.aspx> >

Répubblica Portuguesa (2020a), "Comunicado do Conselho de Ministros de 19 de março de 2020", em *Répubblica Portuguesa - XXII Governo* > Governo > Comunicados do Conselho de Ministros, Emitido a 20/03/2020, consultado a 03/01/2021 em <<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=334> >

Répubblica Portuguesa (2020b), "Novas medidas para prosseguir «um esforço para controlar a evolução da pandemia»", em *Répubblica Portuguesa - XXII Governo* > Comunicação > Notícias. Emitido a 21/11/2020, consultado a 03/01/2021 em <<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=novas-medidas-para-prosseguir-um-esforco-para-controlar-a-evolucao-da-pandemia> >

Répubblica Portuguesa (s/d), "Medidas de Âmbito Nacional" e "Medidas COVID19 Concelhos Risco Muito Elevado e Extremamente Elevado", em *Não paramos estamos on - a resposta de Portugal à COVID19*. Consultado a 03/01/2021 em <<https://covid19estamoson.gov.pt/medidas-covid19-ambito-nacional-v2/> >

Outras fontes

RTP (2020a), “Jornal da Tarde”, em *RTP-Notícias*, publicado a 04.12.2020, consultado a 10/06/2021, em <<https://www.rtp.pt/noticias/pais/surto-em-lar-de-nelas-com-74-pessoas-infetadas> v1280524>

RTP (2020b), “Jornal da Tarde”, em *RTP-Notícias*, publicado a 09.12.2020, consultado a 10/06/2021, em <<https://www.rtp.pt/noticias/pais/varios-surtos-em-lares-e-instituicoes-particulares-de-solidariedade-social> v1281558>

RTP (2021c), “Bom Dia”, em *RTP-Notícias*, publicado a 03.01.2021, consultado a 10.06.2021, em <<https://www.rtp.pt/noticias/pais/varias-mortes-em-lares-de-idosos-no-distrito-de-beja> v1286640 >

RTP (2021d), “Telejornal”, em *RTP-Notícias*, publicado a 11.01.2021, consultado a 10.06.2021, em <<https://www.rtp.pt/noticias/pais/viana-do-alentejo-subiu-para-29-o-numero-de-mortes-num-lar-de-idosos> v1288682 >

RTP (2021e), “Telejornal”, em *RTP-Notícias*, publicado a 30.01.2021, consultado a 10.06.21, em <<https://www.rtp.pt/noticias/pais/fronteira-dois-utentes-faleceram-em-surto-de-covid-19> v1293809>

SIC - Notícias (2020a), “Primeiro Jornal”, em *SIC Notícias*, publicado a 20.12.2020, consultado a 11.06.2021, em <<https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-12-20-Dois-surtos-de-covid-19-em-lares-das-Misericordias-de-Coimbra> >

SIC - Notícias (2021b), “Primeiro Jornal”, em *SIC Notícias*, publicado a 02.01.2021, consultado a 11.06.2021, em <<https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2021-01-02-Covid-19.-Surto-em-lar-de-Mangualde-ja-levou-18-utentes-para-o-hospital> >

SIC - Notícias (2021c), “Primeiro Jornal”, em *SIC Notícias*, Publicado a 07.01.2021, consultado a 11.06.2021, em <<https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2021-01-07-Morreram-mais-tres-pessoas-no-lar-de-Mertola-na-sequencia-de-um-surto-de-covid-19> >

SIC (2020), “Primeiro Jornal”, em *SIC – Notícias*, publicado a 01.12.2021, consultado a 11.06.2021, em <<https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2020-12-01-Tres-lares-de-idosos-com-surtos-de-covid-19-na-Covilha> >

TVI (2020a), “Jornal das 8”, em *tviplayer*, publicado a 19/12.2021, consultado a 12.06.2021, em < <https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-das-8/53c6b3903004dco06243d0cf/video/5fde728c0cf28e704d9da7f6> >

TVI (2021b), “Jornal da Uma”, em *tviplayer*, publicado a 03.01.2021, consultado a 12.06.2021, em <<https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-da-uma/53c6b2633004dco0624392e1/video/5ff21c810cf2ec6e471c7782>>

TVI (2021c), “Jornal da Uma”, em *tviplayer*, publicado a 05.01.2021, consultado a 12.06.2021, em <<https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-da-uma/53c6b2633004dco0624392e1/video/5ff47e800cf27e103fc8ca33>>

TVI (2021d), “Jornal da Uma”, em *tviplayer*, publicado a 09.01.2021, consultado a 12.06.2021, em <<https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-da-uma/53c6b2633004dco0624392e1/video/6022a2110cf289c41a935e34>>

TVI (2021e), “Jornal da Uma”, em *tviplayer*, publicado a 11.01.2021, consultado a 12.06.2021, em <<https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-da-uma/53c6b2633004dco0624392e1/video/5ffc67f30cf289c41a8bef62>>

TVI (2021f), “Jornal da Uma”, em *tviplayer*, publicado a 20.01.2021, consultado a 12.06.2021, em <<https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-da-uma/53c6b2633004dco0624392e1/video/600843c20cf245b9a974f000>>

Anexos

Anexo I – Guião da entrevista idosos em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI)

Guião da entrevista – Idosos em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI)

I. Quem somos?

1. Fale um pouco sobre si, que tipo de pessoa acha que é.
2. Como era a sua vida antes de entrar no lar? E como é agora?
3. Tem amigos aqui no lar? Como se dá com as pessoas daqui?
4. Antes da pandemia, mantinha contacto com a sua família? Mais ou menos, quantas vezes o/a visitavam?
5. Do que gosta mais aqui no lar? E do que sente mais falta?
6. E a saúde? Acha que vai bem de saúde?

II. COVID-19 – perceções e noção de risco

Nos últimos anos a COVID-19 entrou nas nossas vidas e desde então que só se tem falado nisso, parece que a nossa vida nunca mais voltou ao que era antes...

1. Para si o que é a COVID-19?
2. Sabe como se passa de umas pessoas para outras?
3. Para si, quais são os perigos/riscos da COVID-19?
4. Quem está em maior perigo? E porquê?
5. Considera-se em perigo? Porquê?
6. O que é que fez para tentar não apanhar a doença?
7. Viu notícias sobre os casos de Covid em Portugal e sobre quem era mais afetado? Como lidou com essas notícias?

III. Impacto COVID-19 na vida do idoso

1. O que mudou na sua vida desde o início da pandemia?
2. O que fazia antes que não podia fazer durante a pandemia? E como é agora?
3. Para si quais são os aspetos negativos da pandemia?
4. E aspetos positivos?

IV. Impacto COVID-19 na instituição

Com a pandemia foram feitas algumas mudanças aqui no lar...

1. Para si o que mudou dentro do lar desde o início da pandemia COVID-19? O que mudou na sua vida aqui no lar?
2. Pode dar-me a sua opinião sobre o novo funcionamento do lar? O que tem a dizer sobre as mudanças que foram feitas por causa da pandemia?
3. Como é que se sentiu em relação a estas mudanças?
4. Prefere a maneira como o lar funciona agora ou gostava mais antes? Porquê?
5. E sente falta de alguma coisa?
6. E quanto às atividades que faziam?
 - 6.1. Como é que passava a maior parte do seu tempo?
 - 6.2. Via televisão? O que via? E o que pensava e sentia ao ver?

V. Frente a frente com a COVID-19

1. Houve casos de COVID-19 no lar, você fez parte dos casos?
(se não, pessoas que lhe são próximas ficaram infectadas?)
2. Pode-me contar essa experiência?
3. Como é que viveu esses dias? Diga-me como passou esses dias.
4. O que pensava e o que sentia em relação ao que estava a acontecer?
 - 4.1. Sentiu medo? Do que é que tinha mais medo?
5. E como se sente agora em relação a tudo o que passou?
6. Já foi vacinado contra a COVID-19?
 - 6.1. Como se sentiu depois de levar a vacina?
7. E agora, ainda se sente em perigo? Porquê?

Obrigada!

Anexo II – Guião da entrevista idosos em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Guião da entrevista – Idosos em Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

I. Quem somos?

1. Fale um pouco sobre si, que tipo de pessoa acha que é.
2. Vive sozinho ou acompanhado?
 - a. Recebe algum tipo de ajuda? De quem?
3. Como costumava ocupar o seu tempo antes da pandemia?
4. Antes da pandemia, mantinha contacto com a sua família ou amigos?
 - a. Como é que mantinham o contacto?
 - b. Mais ou menos quantas vezes por semana contactava com eles?
5. E a saúde? Acha que vai bem de saúde?

II. COVID-19 – percepções e noção de risco

Nos últimos anos a COVID-19 entrou nas nossas vidas e desde então que só se tem falado nisso, parece que a nossa vida nunca mais voltou ao que era antes...

1. Para si o que é a COVID-19?
2. Sabe como se passa de umas pessoas para outras?
3. Para si, quais são os perigos/riscos da COVID-19?
4. Quem está em maior perigo? E porquê?
5. Considera-se em perigo? Porquê?
6. O que é que fez para tentar não apanhar a doença?
7. Viu notícias sobre os casos de Covid em Portugal e sobre quem era mais afetado? Como lidou com essas notícias?

III. Impacto COVID-19 na vida do idoso

1. O que mudou na sua vida desde o início da pandemia?
2. O que fazia antes que não podia fazer durante a pandemia? E como é agora?
3. O que tem a dizer sobre as mudanças que foram feitas?
 - 3.1. Como é que se sentiu em relação a estas mudanças?
4. Como é que passava a maior parte do seu tempo?

- 4.1. Via televisão? O que via? E o que pensava e sentia ao ver isso?
5. Com a pandemia manteve contacto com a sua família e amigos?
- 5.1. Como é que falava com eles?
6. E sente falta de alguma coisa?
7. Para si quais são os aspetos negativos da pandemia?
8. E aspetos positivos?

IV. Frente a frente com a COVID-19

1. Houve casos de COVID-19 cá em Manteigas, você fez parte dos casos?
(se não, pessoas que lhe são próximas ficaram infectadas?)
2. Pode-me contar essa experiência?
3. Como é que viveu esses dias? Diga-me como passou esses dias.
4. Costumava sair para a rua ou evitava sair de casa?
- 4.1. Onde ia quando saía?
5. O que pensava e o que sentia em relação ao que estava a acontecer?
- 5.1. Sentiu medo? Do que é que tinha mais medo?
6. E como se sente agora em relação a tudo o que passou?
7. Já foi vacinado contra a COVID-19?
- 7.1. Como se sentiu depois de levar a vacina?
8. E agora, ainda se sente em perigo? Porquê?

Obrigada!

Quer me dizer mais alguma coisa que se lembre sobre a pandemia? Como é que se sentiu ao falar comigo?

Anexo III – Ficha de caracterização das entrevistas

Ficha de caracterização das entrevistas

Entrevista n^o: _____

Caracterização sociodemográfica do/a entrevistado/a

Nome (fictício): _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

N^o de filhos: _____

N^o de netos: _____

Nível de escolaridade: _____

Profissão que desempenhou: _____

Área de residência – De onde é?: _____

Tempo de institucionalização – Há quanto tempo está na Santa Casa?: _____

Anexo IV – Pedido de autorização para a realização da investigação de Mestrado

Á Santa Casa da Misericórdia de Manteigas,

Assunto: Pedido de autorização para a realização de investigação de Mestrado

Exmo.(a) Senhor(a),

Eu Beatriz Abrantes Carvalho, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, no sentido de realizar a recolha de dados para fins de investigação relativa ao Mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais da Universidade da Beira Interior, sob a orientação da Prof.^a Doutora Amélia Augusto.

A investigação tem como objetivo analisar o impacto social do COVID-19 na perceção dos idosos sobre si mesmos e a sua vida quotidiana, pelo que para melhor conhecimento sobre este tema é necessário incluir no estudo a participação de alguns idosos da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum os participantes serão identificados, sob um termo de Declaração de Consentimento Informado que será concedido antes da entrevista.

No âmbito da investigação subjugada ao tema “Os impactos sociais da pandemia COVID-19 nos idosos”, pretendo realizar entrevistas semiestruturadas acerca das experiências vividas pelas pessoas idosas durante a pandemia que atravessamos.

Alguns dos objetivos são:

- Perceber o impacto da pandemia COVID-19 percebido pelos idosos e de que forma as suas vidas foram alteradas.
- Compreender de que forma o rótulo “grupo de risco” influenciou a autoimagem dos idosos.
- Perceber se a perceção dos idosos quanto aos riscos e ao medo foram alterados durante os meses de confinamento.
- Analisar a forma como os idosos constroem o COVID-19 e em que medida essa construção molda a perceção do risco.

Fico à disposição para qualquer esclarecimento, com os melhores cumprimentos,

Beatriz Carvalho

Mestranda em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais

Universidade da Beira Interior

Telemóvel: 967851811

E-mail: beatrizcarvalho_@live.com.pt

**Anexo V – Declaração de consentimento informado:
Idosos institucionalizados**

**Declaração de consentimento informado:
Idosos Institucionalizados**

**Participação na investigação de mestrado em
sociologia: exclusões e políticas sociais**

1 – Qual é o objetivo do estudo? O objetivo geral deste estudo é analisar o impacto social da COVID-19 na perceção dos idosos sobre si mesmos e a sua vida quotidiana.

2 – Porque e como me escolheram para participar? Por ter mais de 65 anos e estar a residir na Santa Casa da Misericórdia de Manteigas, e por reunir os critérios necessário a participar no estudo.

3 – O que é que a minha participação envolve? Planeámos uma entrevista, com aproximadamente uma hora e meia. Sendo essa a entrevista gravada, com o seu consentimento, para que possa ser transcrita e analisada.

4 – O estudo implica a minha identificação? Não, todo o conteúdo das respostas à entrevista é absolutamente anónimo e confidencial e apenas para tratamento científico.

5 – Quais são os direitos dos/as participantes? A participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que para tal tenha de dar qualquer explicação e sem que daí advenha qualquer consequência. No caso de surgirem dúvidas sobre a investigação, serão prontamente esclarecidas.

6 – A que fins se destinam os dados recolhidos? Os dados recolhidos destinam-se apenas para efeitos de investigação no âmbito do mestrado e possíveis publicações científicas. As informações serão recolhidas através de entrevistas que deverão ser gravadas com autorização dos participantes, para permitir uma melhor análise posterior.

7 – Que consequências, para mim, se podem esperar da minha participação? Não se preveem quaisquer consequências (positivas ou negativas) da sua participação.

8 – Se eu quiser mais informação sobre o estudo, quem posso contactar?

Este estudo faz parte do percurso de mestrado em “Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais” da Universidade da Beira Interior (Covilhã), e para qualquer dúvida ou esclarecimento pode contactar a investigador por contacto telefónico (967851811) ou por *e-mail* ([beatrizcarvalho @live.com.pt](mailto:beatrizcarvalho@live.com.pt)).

Comprometo-me a assegurar os direitos dos participantes acima enunciados,
A investigadora:

(Beatriz Abrantes Carvalho)

Pelo presente documento fui informado/a acerca do carácter da investigação. Do meu direito de, a qualquer momento, me recusar a participar sem que a minha recusa me traga consequências. E ainda que foi salvaguardada a confidencialidade e anonimato de todos os participantes. Declaro que aceito participar no estudo e autorizo a gravação da presente entrevista:

O/A participante:

Data: __/__/2021

**Anexo VI – Declaração de consentimento informado:
Idosos Serviço de Apoio Domiciliário**

**Declaração de consentimento informado:
Idosos Serviços de Apoio Domiciliário**

**Participação na investigação de mestrado em
sociologia: exclusões e políticas sociais**

1 – Qual é o objetivo do estudo? O objetivo geral deste estudo é analisar o impacto social da COVID-19 na perceção dos idosos sobre si mesmos e a sua vida quotidiana.

2 – Porque e como me escolheram para participar? Por ter mais de 65 anos e usufruir dos serviços de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Manteigas, e por reunir os critérios necessário a participar no estudo.

3 – O que é que a minha participação envolve? Planeámos uma entrevista, com aproximadamente uma hora e meia. Sendo essa a entrevista gravada, com o seu consentimento, para que possa ser transcrita e analisada.

4 – O estudo implica a minha identificação? Não, todo o conteúdo das respostas à entrevista é absolutamente anónimo e confidencial e apenas para tratamento científico.

5 – Quais são os direitos dos/as participantes? A participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que para tal tenha de dar qualquer explicação e sem que daí advenha qualquer consequência. No caso de surgirem dúvidas sobre a investigação, serão prontamente esclarecidas.

6 – A que fins se destinam os dados recolhidos? Os dados recolhidos destinam-se apenas para efeitos de investigação no âmbito do mestrado e possíveis publicações científicas.

7 – Que consequências, para mim, se podem esperar da minha participação? Não se preveem quaisquer consequências (positivas ou negativas) da sua participação.

8 – Se eu quiser mais informação sobre o estudo, quem posso contactar? Este estudo faz parte do percurso de mestrado em “Sociologia: Exclusões e Políticas

Sociais” da Universidade da Beira Interior (Covilhã), e para qualquer dúvida ou esclarecimento pode contactar a investigador por contacto telefónico (967851811) ou por *e-mail* ([beatrizcarvalho @live.com.pt](mailto:beatrizcarvalho@live.com.pt)).

Comprometo-me a assegurar os direitos dos participantes acima enunciados,
A investigadora:

(Beatriz Abrantes Carvalho)

Pelo presente documento fui informado/a acerca do carácter da investigação. Do meu direito de, a qualquer momento, me recusar a participar sem que a minha recusa me traga consequências. E ainda que foi salvaguardada a confidencialidade e anonimato de todos os participantes. Declaro que aceito participar no estudo e autorizo a gravação da presente entrevista:

O/A participante:

Data: __/__/2021

Anexo VII – Sinopse das entrevistas

Sinopse das entrevistas idosos institucionalizados e nas suas residências

Caracterização da Saúde dos entrevistados

- Auto percepção de saúde

Excertos das entrevistas	Notas
<p>“Dei um tombo em janeiro, agora é que já estou melhor um pouquinho, mas ainda estou dolorida bastante, quebrei este braço, mas ficou bom também. (...) tenho tido muita saúde graças a Deus (...). (...) para a idade que tenho, tenho uma boa saúde. (...) sinto-me bem, ainda com dores de costas do tombo, mas sinto-me bem. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Positiva</p>
<p>“(...) De saúde é assim, é os ossos que já estão gastos, sabe? Agora dói-me aqui, daqui a nada dói-me ali, é a idade. (...) ando bem da cabeça e assim, mas sinto-me triste... (choro) é assim. (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Olhe a minha saúde agora ultimamente tenho andado cansada, este tempo não trabalho, mas cansa (...). (...) eu tinha diabetes (...). (...) a mim incha-me muito as pernas por causa de um comprimido que ando a tomar (...)” (Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Era bom que eu já tivesse boa saúde, já não tenho. (...) uma mulher quase com 90 anos (...). Não, já não tenho saúde, canso-me com muita facilidade, enervo-me com muita facilidade, o nervoso anda ao cimo da pele. (...)” (Ana, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) quando me deu o AVC (...) fiquei apanhada desde aqui da vista, da boca, esta parte toda e a perna (...). Mas tenho muita dor, aqui no braço, na mão, tenho muita dor. (...) não sei se ele [o médico] disse artroses (...). (...) é como são bicos a picar, a picar, a picar. (...) porque eu também tenho a bronquite asmática, às vezes é como que são gatos que aqui tenho dentro gro gro. (...)” (Manuela, 85 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Vai um bocadito mal. Ando muito doente da cabeça, ainda continuo a ser nunca perdi... graças a ouvir muito berrar (...). (...) fui doente da cabeça (...) sofri muitos anos de epilepsia, mas os médicos da terra não me conseguiram curar. Mas houve um padre santo que me curou (...). (...) as pernas com a idade começam a faltar já. (...)” (Orlando, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>

<p>“(...) Não, dos intestinos já ando mal. (...) Tiraram-me cá, não sei o que dizem, é um espolços?... espolicos cá dos intestinos e daí para cá não fiquei bem. (...) quero andar e parece que não posso, tenho as pernas presas (...) e depois ele malzito também na barriga, é isso tudo junto. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) tenho muita dor no corpo, nas pernas, não posso andar e vou à casa de banho têm que me levar (...). (...) olha, com as dores, é dores umas em cima das outras. (...) Cada vez mais velho e cada vez mais doente. (...) Tenho muito dor (...). (...) às vezes até choro com muita dor. (...) foi quando me deu o segundo AVC (...). O primeiro não, deu-me andei aí de bengala. Depois deu-me o segundo foi pior. (...) A idade também já é avançada (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) A minha saúde cada vez vai pior. (...) as pernas não as posso... tremem, e a cabeça também está a falhar. (...) Acho que aconteceu uma grande doença. (...) há 8 anos que ando doente disto (...) e carregou mais na cabeça. Primeiro carregou-me, doeu de alto a baixo o lado esquerdo já, depois com a ginástica aqui passou, mas na cabeça não passou. (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) não tenho tido muita saúde ultimamente (...). (...) estou debilitado fisicamente. Estou doente. (...) eu tenho Parkinson, a minha doença vai mais para o adiamento do que propriamente para a atividade ultimamente. (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Eu sou [diabética] tipo 2, só que o que é já estou com insulina. (...) comecei a cambalear das pernas (...). (...) E também tenho um problema na cabeça para ser operada (...). É uma... é um nome esquisito (...). (...) mais ou menos, agora 100% não (...). (...) a cor é sempre amarela (...) não consigo fazer a minha vida. (...) Tenho medo que caia e depois é muito complicativo. (...) Eu tenho hipertensão, eu tenho diabetes, o que é que eu tenho mais? Eu tenho tudo. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) aconteceu-me esta coisa do AVC. (...) Ó a minha saúde é sempre a mesma, já estou habituado agora com ela, porque de princípio não sabia onde é que andava, mas agora já se lida melhor com a coisa, depois de tantos anos. Cá vai indo. (...) a perna cada vez está mais doida (...) o braço não funciona. (...) doença tenho eu que me chega, eu tenho denticulos que de vez em quando tenho perdas de sangue tenho que ir para o hospital. (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Caí, caí parti o ombro, parti a perna, agora estou aqui assim numa miséria. (...) [...e como é que acha que vai a sua saúde?] (...) Mal. Desanimo um bocadinho porque (...) vejo-me aqui presa, sem poder andar. (...) agora olha vejo me aqui presa enervo-me. (...)” (Luísa, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) eu cheio de mazelas que não posso andar. (...)” (Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, SAD)</p>	<p>Negativa</p>

<p>“(...) cada vez posso menos. (...) vão-me faltando as forças (...). (...) A minha saúde cada vez vai pior. Não posso da minha cabeça, ando mal da minha cabeça (...) quero fazer o serviço e não posso. (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Custa-me a andar já as pernas. (...) A saúde já não está... vou a andar é como vou bêbado. (...) Ó de saúde mais ou menos. (...) É as pernas e a idade, a idade é que leva as coisas. (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Sou uma pessoa que também tenho uma doença já há muitos anos, comecei com uma depressão depois tive uma trombose, que agora se diz AVC (...). (...) às vezes também me doem muito os ossos e tenho problemas. Custa-me a andar, esta perna também não é igual (...). (...) Eu... muito medicada (...) quatro vezes ao dia, muito medicada. E também chá de camomila (...) para andar assim mais calma (...). É um problema eu nem digo que seja uma doença, é um problema (...). (...) eu tenho uma depressão para a vida toda e ansiedade e tudo. (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) Agora parti esta perna, parti este braço. Caí. Eu já tinha problemas de ossos, porque estavam os ossos tão estafados que trabalhei muito (...). (...) Ó a saúde da perna e do braço já não espero mais melhoras (...). (...) não posso com um peso (...). Pego-lhe, mas vou logo abaixo, não tenho força nele, parece que está muito bem e que o mexo bem e assim, mas não tenho força nenhuma nele. De resto é assim. (...) tenho pouca saúde, mas a pouca saúde que tenho lá vai indo, lá vai contornando. (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“[E como é que acha que vai a sua saúde?] Vai mal, ainda agora abalou aí... é fisioterapeuta que se chama? Veio-me cá fazer ginástica (...). (...) tenho falta de mobilidade (...) os anos também vão passando, mas não é só isso, foi desde que apanhei Parkinson. (...) desde que apanhei isto começou-me a atrofiar as pernas e assim (...)” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Negativa</p>
<p>“(...) tenho tido muita saúde. (...) Graças a Deus, olhe só tomo um comprimido para a tensão e não tomo mais nada, e sinto-me bem graças a Deus (...). À vista de certas pessoas que têm isto e têm aquilo e tomam muitos remédios, eu não, e sinto-me muito bem. (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Positiva</p>

Ligação à teoria: A presença da doença crónica constitui uma situação “normal” que acompanha os doentes ao longo do seu percurso de vida, onde estes têm que lidar com o controlo e a gestão contínua da doença (Tavares, 2020)

Pelo discurso dos entrevistados pudemos perceber que a experiência da doença crónica é muito variável, devido à diversidade de doenças que compõe esse universo, podendo estas ter “(...) diferentes características, gravidade, podem ser mais ou menos fatais, mais ou menos estáveis, com maiores ou menores implicações na vida quotidiana dos doentes (...)” (Tavares, 2020; p.60).

Representações sociais da COVID-19 nos *media*

- **Influencia dos *media***

<p>“(…) Eu vejo na televisão morreu tanta gente em Portugal (...). (...) eu fico mais lá em baixo do que na minha televisão, mas o tempo que estive isolada, eu assisti muito televisão (...). Porque lá em baixo não se assiste muito televisão, porque um fala outro fala, é muito barulho e aqui sozinha não, presto mais atenção. (...) Ouvia muita coisa (...). Mais ruim do que boas. Vi (...) que agora os mortos nessa cidade, enrolavam eles num lençol e faziam uma fogueira e depois queimavam-nos, viu isso? (...) isso me deu uma tristeza (...). (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>ERPI aparentam ver menos televisão</p>
<p>“(…) Vejo um bocadinho. Não ligo, não ligo, (...). (...) Eu é raro ver televisão, aqui não a tenho, têm-nas lá para baixo (...). Daqui para fora na Suíça aquilo são valados, que são enterrados sei lá quantos. Agora já não é tanto, já está a acalmar, mas diz que tinham que fazer um valado grande para os enterrarem todo, já viu? Que tristeza. (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>ERPI aparentam ver menos televisão</p>
<p>“(…) Tínhamos lá uma televisão, mas a gente às oito horas toda a gente ia para a cama, mas eu nessa altura desligavam a televisão (...). Via. (...) que estava tudo muito mal, do pior, que estavam a morrer muitas pessoas que outras, tantos doentes que entravam e eram internados, e que já estavam a ir, já não cabiam nos hospitais, e iam para os coisos militares e isso... (...) A gente ficava nervosa, ficava, ficava. Muito nervosa. (...)” (Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	<p>ERPI aparentam ver menos televisão</p>
<p>“(…) Às vezes gostava de as ouvir, sempre, mas não as ouço. Às vezes não as ouço. (...) Ouvia, ouvia, e tenho ouvido sempre, não é? (...) O que é, é, vamos aqui do jantar, eu chego ao meu quarto que é logo aqui em cima, chego ao meu quarto por volta das oito horas, ponho a minha televisão a trabalhar (...)” (Ana, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	
<p>“(…) a televisão estava estragada, andou muito tempo que aqui não dava. (...) falavam morreram não sei quantos mil em tantas nações, morreram tantos em tal parte, morreram... (...)”(Manuela, 85 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>ERPI aparentam ver menos televisão</p>
<p>“(…) Eu vejo a televisão todos os dias. (...) Ó Santo Deus! Mesmo assim os vírus já acalmaram um bocadito já estão... ainda morre todos os dias dezasseis mil e não sei quantos, e internados às vezes são mil e tal... (...)” (Orlando, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	
<p>“(…) Na televisão uma coisa que mais me interessa é as notícias que de resto... (...) Eu sei lá, olhe a gente dizem tanta coisa, não falam noutra coisa se não isso...vacinas aqui e além, eu não entendo aquilo bem, eu isso não entendo bem. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	
<p>“(…) Só ligo na televisão quando está a dar futebol. (...) Vejo as notícias. Mas também não ligo muito às notícias. (...) Eu às vezes nem ligo às notícias. Estou ali de frente à televisão, mas eu nem ligo à televisão. Só quando dá a bola é que eu ligo mais um bocadinho, e não são todos os clubes, não são... é assim a minha vida. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Dificuldade em interpretar a informação</p>

<p>“(…) Às vezes vejo [televisão]. (…) Às vezes vejo [notícias], mas eu nem percebo daquilo. Eu não percebo daquilo porque eu enquanto pude trabalhar não tinha tempo de ver televisão, era só trabalhar para comer, e vestir e calçar, trabalhar para a vida. Portanto não me habilitei muito assim à televisão. (…) Toda a gente dizia mal, que não sabiam o que era aquilo, que não sabiam o que era aquilo. E assim ficava. (…) Era ouvir e calar. (…)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Dificuldade em interpretar a informação</p>
<p>“(…) Nada ultimamente, mas agora puseram-me no quarto [a televisão]. (…) Não comunicavam nada de novo, e adoecia mais com [as notícias]. (…) Pensava que isto não tinha remédio, que era mau. Pensava muito negativo. Isto não é fácil. (…)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Sentimentos de tristeza, de nervosismo e ansiedade, podendo esses sentimentos acabar por se refletir na sua saúde física.</p>
<p>“Ficava com pena das pessoas que morriam, porque... a gente tem que ter respeito pelas pessoas que morrem. Ainda estão a morrer. (…) Esteve um bocado complicado nos lares. (…) a mim o que me tem valido é a televisão. Ele [o marido] às vezes abala, vai a fazer as compras, ele é que faz as compras todas, eu não... (…)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	
<p>“(…) Owi, depois até deixei de ver, então é sempre a mesma coisa, sempre a mesma coisa. Já é de mais. (…) [Pensava] Que isto que era difícil acabar porque havia abusos que não deviam existir, mas enfim. (…) Tanta informação que dão na televisão, como em vídeos que me mandam que é de mais. Já não se houve mais nada que se não o COVID. (…)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Saturado</p>
<p>“[Luísa] Às vezes víamos [as notícias] (...). (...) às vezes ficávamos assim aflitos quando dava assim que já tinham subido tantos, tantos aqui como ali como além. “Ó isto está a ficar péssimo ó Rui! Ó Jesus se nos chega a nós!” [Rui] A mesma coisa que estamos a conversar com a minha esposa. Claro [sentia medo]. (...) [Luísa] Ficávamos, um bocadinho assim, assustados (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, SAD)</p>	
<p>“(…) A televisão eu vejo pouco (...). (...) Eu gosto de ir para a cama cedo. (...) Às vezes lá ouço qualquer coisita, mas é ele [o marido] que me diz, (...) o que dizem. (...) Ó penso o pior. (...) na televisão estão sempre a acautelar a gente (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	
<p>“(…) O que sei mais é a televisão que ouço mais que eu não falo a quase com ninguém. (...) Tinha medo então (...) eram muitos que morriam na altura. (...) Agora já não ligo a isso, agora já não ligo tanto, em primeiro ligava lá às conversas deles, agora já não ligo tanto olha. (...) antigamente (...) havia lá médicos que iam para lá falar até antigos (...). (...) Olha mais um que morreu, mais tantos, mais tantos, pronto. Era o que pensava. Olha morreram mais dez ou mais vinte ou mais trinta ou... agora já falam menos (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Saturado</p>

<p><i>“(…) Nem sempre [vê televisão], porque às vezes uns diziam uma coisa e outros diziam outra e não sabia qual era a verdade, e parece que a minha verdade não é igual (...). (...) na televisão às vezes já nem quero ver, já nem quero ver, porque estão a dizer uma coisa, daqui a pouco já estão a fazer outra (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</i></p>	Dúvidas
<p><i>“(…) De ouvir a gente tanta coisa nem ligava. Nem a ligava (...). Não vejo muito televisão, mas ajuda a passar o tempo. (...) Então não ouvia [as notícias sobre a COVID-19]? A gente até ficava assustada, apagava logo. (...) A gente ouve tanta coisa (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</i></p>	Saturado
<p><i>“(…) Ouço [as notícias]. (...) A mesma coisa de sempre no jornal. (...) [Pensava] Olha deixai-vos por aí estar. (...)” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</i></p>	
<p><i>“(…) Ouço [as notícias sobre a COVID-19]. (...) Ai meu Deus, é de a gente se temer tanta gente a morrer, tanta gente, é da gente se temer. (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</i></p>	
<p>Ligação à teoria: Nas sociedades contemporâneas ocidentais a produção e divulgação de conhecimento não é apenas responsabilidade da ciência, existindo diversos organismos que o fazem (Augusto, 2004), nomeadamente os meios de comunicação social também chamados media, como é o caso dos telejornais. Como tal não é de admirar que nos últimos tempos as representações sobre a COVID-19 estejam já presentes na televisão, em revistas e em jornais. Assim, o conhecimento sobre esta nova doença e pandemia que atravessamos está disperso por uma variedade de canais disseminadores que o fazem chegar ao público, não estando, por isso, reservado aos meios convencionais de comunicar a ciência. Desde o início da pandemia COVID-19, mais especificamente desde o surgimento dos primeiros casos de coronavírus em Portugal, que os telejornais portugueses têm acompanhado o evoluir da situação pandémica de forma minuciosa e avassaladora. Eles passaram a transmitir diariamente o número de infetados, internados nos cuidados intensivos, mortos e recuperados. Eles também têm tido um papel central na transmissão das informações relacionadas à COVID-19, desde a transmissão da informação biomédica existente acerca do vírus, à divulgação das medidas (individuais e coletivas) de combate à pandemia, à disseminação de situações de incumprimento de regras, entre muitos outros aspetos relacionados com o tema.</p> <p>Também desde muito cedo a população idosa foi classificada como grupo de risco, facto que foi amplamente divulgado pelos meios de comunicação social que alertavam para a vulnerabilidade desta população ao novo coronavírus incentivando o autoisolamento e a proteção deste grupo face a este novo risco. Contudo a vulnerabilidade deste segmento da população e o perigo que estes indivíduos corriam ganhou uma maior notoriedade no final de 2020 e início de 2021 quando por todo o país surgiram centenas de surtos em lares de idosos, aspeto esse que não passou despercebido pelos media que durante meses acompanharam de perto e exaustivamente o desenvolver desses surtos e o transmitiram a toda a população.</p> <p>O uso de estatísticas foi e é uma prática recorrente por parte dos media, estas conferem-lhe uma determinada credibilidade tornando assim as informações mais objetivas e conferindo-lhes um teor científico. Além disso o uso incansável das estatísticas, como é feito no caso das notícias referidas, contribui para que a ciência, como a biomedicina, e o jornalismo sejam vistos como discursos institucionais caracterizados como conhecimentos “factuais” e objetivos, o que lhes concede uma dada autoridade. Contudo, não podemos esquecer que qualquer discurso e qualquer conhecimento é uma produção social, e como tal não é neutro, refletindo as normas dominantes do contexto em que se encontra. Assim, as revistas, os jornais, a TV entre outros meios de comunicação social, reproduzem e legitimam o conhecimento biomédico contribuindo para a hegemonia da biomedicina (Augusto, 2004). No contexto da pandemia da COVID-19, as estatísticas apresentadas pelos telejornais são usadas, não só para salientar a cientificidade dos factos relatados, mas também, como pudemos observar, para demonstrar o perigo que o coronavírus e a doença que este tem associada representam para a população, principalmente para a população idosa. Desta forma, em geral as notícias divulgadas pelos media ao longo da pandemia, e principalmente nestes três meses que marcaram a pior fase para Portugal são permeadas pela ideia de perigo e catástrofe iminente, e ainda pela ideia de que qualquer um pode ser afetado por este novo perigo, características típicas da sociedade de risco de Beck e Giddens.</p> <p>Os mais velhos enfrentam barreiras ao uso desta tecnologia relacionadas com a linguagem, dificuldades visuais e auditivas devido à idade e também devido à alfabetização, que se traduz em dificuldade em interpretar a informação, enquadrando-se naquilo que Lash (1995) chama de “perdedores da reflexividade”.</p>	

Mas também barreiras de acesso, principalmente no caso dos idosos que se encontram institucionalizados em ERPI aparentam ver menos televisão do que os entrevistados que se encontram nas suas residências. Isto deve-se não só ao facto de nem todos os idosos possuírem esta tecnologia nos seus quartos, sendo este grupo uma minoria, e como tal estão sujeitos à utilização das televisões existentes nas zonas comuns onde há ruído e movimento que dificulta assistir à televisão.

Contudo devido ao fechamento deste tipo de instituição com o exterior, uma vez que estas se assemelham a instituições totais (Goffman, 1961), aspeto esse agravado pela pandemia, e devido ao facto de as informações que chegam aos utentes do lar serem condicionadas pelo grupo dos gerentes existindo uma infantilização do idoso e uma tentativa paternalista de os proteger face a informações que estes possam não conseguir gerir, por vezes a televisão torna-se a única fonte de informação a que estes indivíduos têm acesso.

Importa reconhecer os media não especializados como uma importante área de divulgação do conhecimento (Augusto, 2004), uma vez que nas sociedades contemporâneas eles são uns dos responsáveis pela disseminação dos conhecimentos científicos (Tavares, 2020), permitindo um maior diálogo entre especialistas e leigos (Popay & Outros, 1998). Contudo, ainda que os media permitam trazer a pandemia da COVID-19 para o debate público, e constituam um valioso meio de transmissão de informações fundamentais ao combate da pandemia, o modo como enquadram e ordenam os conhecimentos, como relatam os acontecimentos e a forma como se posicionam em relação a eles, levam-nos a construir significados que acabam por influenciar as representações sociais e as práticas dos indivíduos. Deste modo, as representações que os media têm da COVID-19 refletem e simultaneamente constroem a imagem que os indivíduos, como é o caso dos idosos, têm da COVID-19 e da pandemia. Isto porque, os meios de comunicação social não só refletem os significados que os indivíduos atribuem ao novo coronavírus e à pandemia, mas também influenciam a forma como os indivíduos, como o grupo dos idosos, constroem esses significados, o que irá ter consequência ao nível das atitudes e dos comportamentos adotados em contexto pandémico.

A COVID-19 pelo olhar dos idosos

• Explicação para a COVID-19 e sua transmissão

○ Representações da COVID-19

“Olhe, eu... pode ser que eu seja ignorante, mas esse bichinho para mim alguém o colocou por mão própria. (...) Eu acho que isso aí foi mão própria (...) algum avião andou por aí, andou espalhando, deixou nos hospitais (...) e espalharem isso. (...) E, e eu acho menina, diz que o fim do mundo aí vinha, (...) este início que está, acho que é o fim do mundo. (...) Porque na bíblia diz que o fim do mundo está para acabar, e Deus (...) não é ele que faz. Eu acho que é um inimigo. Porque Deus não faz mal para ninguém (...) Foi o mundo inteirinho, ninguém se pode queixar, isso foi espalhado no mundo inteirinho, porque o mundo vai acabar e querem acabar com o mundo (...)” (**Bárbara**, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Biomédica:
Vírus/Doença/Bicho;
Crenças (Destino, Deus,
Premonições, Forças
sobrenaturais);
Manufaturados

“(...) Não sei que raio foi nem que não. Dizem que foi o bicho. Ou foi o bicho ou outra coisa. (...) pensava isto “Aí isto são uns vírus...” (...) Isto não foi bicho nenhum, pois não? Dizem que é o vírus, é o vírus, dizem que é o bicho... (...) Eu sei lá, não sei explicar (...)” (**Carolina**, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)

Biomédica:
Vírus/Doença/Bicho

“Olhe, é o vírus que se propaga de uns para os outros, uns dizem que é bicho, mas eu para mim não é bicho, para mim é um vírus qualquer que existiu. Não sei se foi Deus que fez com que ele existisse se foi a humanidade que arranjou isso e que por aí deitou, não sei, não sei dizer” (**Ângela**, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

Biomédica:
Vírus/Doença/Bicho;
Manufaturados

“(...) veio o bicho, ou o que raio é nem sei o que é. (...) Sei lá, sei que anda tudo aterrorizado, (...) estamos fechados por causa dessa porcaria... Agora (...) de onde é que vem e de onde é que não vem, o que é e o que não é... (...). (...) Ele (o marido) dizia que havia no livro... dizia muita coisa do que ia acontecer ao mundo (...). Ele dizia que havia de vir uma guerra. Sabe-se lá se isto não é uma

Biomédica:
Vírus/Doença/Bicho;
Crenças (Destino, Deus,

<p>guerra? Isto do bicho não é uma guerra? Quantos soldados não morreram na guerra mesmo? E quanta gente já morreu por este mundo? Quantas? Não sei, eu tenho me deitado muito “Será isto uma guerra?”, a guerra que ele que dizia no livro, não sei” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Premonições, Forças sobrenaturais); Manufaturados</p>
<p>“O CO... isto que nem sei dizer essa palavra? Os vírus. (...), uns dizem que é micróbio que anda no ar, outros dizem que é o raio do bicho, e eu não. (...) Para mim é, Deus está muito ofendido com o mundo e Deus deu uma palmatória ao mundo e morre as pessoas que Deus termina. Para mim é isso, nem é bicho nem é nada, é Deus que termina tudo. (...) Olhe que é o mundo inteiro, não é só num país é o mundo inteiro. (...) Deus está muito zangado com o mundo e com as pessoas, há cá muitos pecados. (...) Deus castiga e dá a morte. (...) Deus está muito ofendido, há muitos roubos, muitas mentiras, muito ódios, muita inveja, tudo quer ser rico, não pode ser (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Crenças (Destino, Deus, Premonições, Forças sobrenaturais)</p>
<p>“(...) os vírus já acalmaram um bocadito (...) já estive apanhado pelos vírus (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>
<p>“Eu não sei o que é. Então? Sei lá. (...) a minha mulher andava meia doente (...). a enfermeira disse que acusava o bicho (...). Pensava que era o bicho, que era o mal, como aí andava pensei isso” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>
<p>“Isso para mim das coisas dos vírus, não sei se é verdade se é mentira, isso para mim é um negócio. O primeiro negócio é o das máscaras, que são milhões e milhões de máscaras que fazem todos os dias. E os vírus diz que veio da parte dos chineses. Agora não sei se é verdade ou se é mentira. Dizem muita coisa...” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Manufaturados</p>
<p>“Ó, eu não percebo nada disso. Eu não percebo nada, para dizer a verdade eu não percebo nada (...). (...) da doença que veio (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>
<p>(...) sou contra muitos que se pronunciam sobre o vírus. (...) Porque maiores inteligências e grandes figuras da história, e a Assembleia da República e tudo isso... há muito engano, há muito engano. Há muito quem fale sobre o vírus sem saber nada. (...) Porque... as pessoas que eu conheço assim de mais perto não têm, não dão sinal do conhecimento perfeito, nem de fora [da instituição] nem de dentro. (...) Não, eu não tenho opinião bem formada sobre o vírus (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Desconhecimento e Incerteza (descrença na ciência)</p>
<p>“COVID-19... é um bocado complicado. Então, é uma coisa que não se vê, (...) Ele está em todo o lado e não se vê. (...) O vírus é uma coisa... (...), não se vê, não se sabe onde é que anda (...) Anda no ar os bichos andam no ar invisíveis (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>

<p>“COVID-19 para mim é uma doença como outra qualquer, que antigamente houve para aí muitas doenças deste género... sobretudo que eu me lembre, era o SIDA que andava aí toda a gente aflito... e... e também febres que havia antigamente... e... e tem que se lidar com elas. (...) na África (...) temos a febre amarela, temos o ébola que era um perigo desgraçado e vivia-se com ele (...) Mas tantas doenças (...) que lá tinha pela África que nem se liga a isso” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Experiências anteriores (pessoais e coletivas)</p>
<p>“Eu sei lá menina, diga lá, é um vírus que para aí anda, eu sei lá. Não lhe sei dizer o que é, só ouço dizer que é um vírus, não sei” (Luísa, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>
<p>“O COVID-19? Isto foi uma guerra inventada, a minha maneira de ver. Uma guerra inventada que não é preciso bombas para se ganhar uma guerra, é preciso é laboratório. E para mim foi isso” (Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; manufaturados</p>
<p>“O que é o...? Eu não sei, eu não sei. (...) Oh não sei, não sei, eu não sei. (...) por causa do vírus (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>
<p>“(...) Ó dizem que é um mal perigoso, sei lá, é o que dizem na televisão que eu não sei. (...) Diz que é um mal que é nos pulmões não sei quê, que ataca o pulmão não sei quê. É o que ouço não sei, falta-lhe o heterogéneo ou o oxigénio ou não sei que, (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>
<p>“O COVID-19 é uma grande aflição e coisa, são doenças infecciosas, mas diz que nunca se viu, eu por acaso nunca andei com máscara sem ser agora deste... Mas, antes de nós, (...), já vieram outras coisas, não andaram com máscara, morreu muita gente, muito mais do que aquela que agora vimos partir, (...). Já houve a peste negra, já houve isto e aquilo, muita coisa que já houve antes (...). Sempre houve pandemias, não era o COVID era outra coisa (...). (...) Obra de Deus. (...) antes de agora vir a pandemia nós já vínhamos “Aí Jesus!” às vezes era fogo, outras vezes era água, não, nada é por acaso, minha querida. Tudo o que aqui fizemos tudo aqui pagamos (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Experiências anteriores (pessoais e coletivas); Crenças (Destino, Deus, Premonições, Forças sobrenaturais)</p>
<p>“(...) já noutro tempo também assim veio uma epidemia muito grande por isso, vir ou não vir, se chega a hora tem a gente que esticar a perna e ir. (...) deve de ser algum micróbio (...). Às vezes também nem acredito que é micróbio, que é bichos ou que é isto... são coisas que têm que vir, acho que sim. São coisas que aparecem e a gente tem que as aguentar, é assim” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Experiências anteriores (pessoais e coletivas)</p>
<p>“É um vírus, não é? É um vírus. (...) É uma coisa que nem se vê e de roda as pessoas” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho</p>

<p><i>“Ah isso não sei. (...) sabe o que eu acho? Que estamos no fim do mundo (...) nunca se viu uma coisa assim destas, eu tenho tantos anos nunca vi uma coisa destas. (...) sabe que os antigos já diziam que havia fim do mundo, agora não se sabe. Deus é que sabe”</i> (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Biomédica: Vírus/Doença/Bicho; Crenças (Destino, Deus, Premonições, Forças sobrenaturais)</p>
<p>Ligação à teoria: Como vimos COVID-19 foi amplamente difundida pelos media que têm divulgado de forma constante esta nova doença, seguindo uma visão biomédica que a coloca como uma “(...) doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia” (DGS, 2021).</p> <p>O que é comum a todos os discursos dos entrevistados é a presença da incerteza. O que reflete uma consciência coletiva de ansiedade, insegurança, incerteza e ambivalência de se viver numa sociedade cada vez mais vulnerável aos riscos imprevisíveis, desconhecidos e sem precedentes (Ekberg, 2007). A reflexividade permite reconhecer as limitações do conhecimento e a existência de incertezas, uma vez que tem a si associada a ideia de que todo o conhecimento está aberto à revisão, logo o conhecimento científico é incompleto e incapaz de resolver todos os problemas (Lupton, 1999b). O que leva à descrença na opinião dos especialistas e a um ceticismo em relação à ciência e à informação científica.</p> <p>Além disso, nas sociedades contemporâneas o conhecimento científico mostrou-se incompleto (Lupton, 1999b), pelo que através da reflexividade os indivíduos procuram várias explicações que podem ir além do conhecimento científico. As reflexividades leigas não envolvem apenas a avaliação racional e individualista dos conhecimentos especializados, elas incluem o conhecimento desenvolvido através da experiência, da observação e das interações com os outros atores no quotidiano. (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002). Desta forma, como referido no enquadramento teórico, apesar de uma maior adesão aos conhecimentos e soluções facultadas pelos especialistas, as perceções leigas, em especial no campo da saúde, continuam a relacionar-se com uma diversidade de conhecimentos, o que lhes confere uma lógica própria que não é passiva, emergindo da intersecção entre as influências dos especialistas, as influências sociais e culturais, a reflexividade dos indivíduos através da sua própria interpretação e da gestão da informação adquirida de diversas formas e fontes (Tavares, 2020), nomeadamente, através da própria experiência e observação acerca da saúde, da doença e do risco (Lupton, 1999a; Popay & Williams, 1996). Os conhecimentos leigos não se limitam apenas a um conhecimento, eles incorporam diferentes formas de conhecimento e de saber que estão interrelacionados, integrando, por exemplo, o natural, o mágico-religioso, o sociopolítico, entre outras formas de conhecimento que se encontram em constante reconstrução através da reflexividade (Silva & Alves, 2011).</p> <p>Os riscos das sociedades contemporâneas caracterizam-se por serem manufacturados, provenientes das decisões humana (Giorgi, 2008; Lupton, 1999b), ocorrendo a uma escala sem precedentes, não podendo ser contidos e delimitados espacial, temporal ou socialmente, tendo-se tornado riscos globalizados (Dean, 1999; Lupton, 1999b).</p> <p>Como pudemos ver os idosos entrevistados procuram atribuir significado e arranjar explicações para construir as suas imagens e representações acerca da COVID-19 e da pandemia a ela associada. Apesar de se assistir cada vez mais à inclusão de parte dos saberes periciais nos saberes e conhecimentos leigos acerca do mundo, dando origem àquilo que Tavares (2020; p.50) chama de “pericialização dos saberes leigos”. as referências que os indivíduos têm para a organização da vida e da saúde não se resumem às da medicina nem às formas de conhecimento especializado que o saber biomédico divulga (Carapinheiro, 2011). Como tal, no contexto da pandemia COVID-19 as pessoas fazem uso não só das recomendações transmitidas pela DGS, quer através dos meios convencionais de transmitir ciência quer através dos meios menos convencionais, como é o caso dos media, mas também das suas experiências de vida pessoais e coletivas, e das suas crenças para dar significado à COVID-19 e ao contexto que atravessamos. O que como vimos se traduz numa variedade de significados, por vezes interligados, que são atribuídos pelos idosos à COVID-19 e à pandemia. Assim, segundo Tavares (2020; p.43-44), as representações sociais são “(...) imagens do real construídas em função dos sistemas de valores e de categorias de conhecimento produzidas num determinado contexto social (...)” além disso elas incluem “(...) simultaneamente perceções, opiniões, valores, imagens, visões do mundo, ideologias, crenças, mitos, utopias”.</p>	
<p>○ Transmissão / Contágio</p>	
<p><i>“Pode ser pela respiração, pela respiração é que entra pelo nariz. Sei isso só, é isso? Pela respiração, e as máscaras é por causa disso (...)”</i> (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Respiração e as Vias respiratório</p>

<p>“Como se apanhava? Ó menina, eu não sei, não sei como se apanhava. (...) Parece que até o ar apanham a gente.” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>Ar</p>
<p>“Olhe, andamos com máscara, é pelo nariz e pela boca.” (Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	<p>Respiração e as Vias respiratório</p>
<p>“(...) Não sei, mas dizem que é muito, que é muito... que é muito mau, quero dizer a palavra e não a chego. É mau, é mau uma pessoa estar ao pé dessas pessoas que estão, que são afetadas (...)” (Ana, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Contacto/Proximidade</p>
<p>“É pela respiração?” (Manuela, 85 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Respiração e as Vias respiratório</p>
<p>“Contágio. Porque é que a gente usa a máscara? É para isso, pode uma pessoa estar contagiada e a gente pode contagiar.” (Orlando, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Contacto/Proximidade</p>
<p>“Eu sei lá. Eu até digo que nem passa, é coisas que tem que ser. Até digo que nem passa, coisas que tem que ser. A gente anda lá fora vem um ar qualquer e vírus, e não sei. Dizem que é a falar de uns para os outros, eles é que sabem. Isso é que é.” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Ar; Contacto/ Proximidade; Destino</p>
<p>“(...) Pode ser de estarem enroladas uma à outra, com o bafo da... da boca... agora não sei mais nada. (...)”(Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p> <p>“(...) a pessoa que o deve apanhar apanha-o na mesma (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Contacto/ Proximidade; Destino</p>
<p>“(...) Diziam que era por causa do vapor. (...)” (Carlos, 85 anos, 1ºciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Contacto/Proximidade</p>
<p>“Não sei.” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Descrença na ciência</p>
<p>“(...) A gente não sabe onde é que os apanha. Até num papel pode a gente apanhar o vírus (...) estive internada (...) A gente também pode apanhar aí [no hospital], por muito que esteja a casa limpa se lá tiver o vírus pronto (...). (...) Anda no ar os bichos andam no ar invisíveis, quando entra entra. (...)” (Licínia, 69 anos, 2ºciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Objetos, superfícies ou locais infetados</p>
<p>“(...) O contacto. Normalmente, o que eu sei era na questão de... aproximação e de... de se cumprimentarem. (...)” (Cristiano, 86 anos, 1ºciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Contacto/ Proximidade</p>

“Diz que é de a gente estar junta e de estar sem máscara e assim...” (Luísa, 75 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, SAD)	Contacto/ Proximidade
“É por salpicos... (...) Não é preciso muito, os salpicos que nós deitamos fora.” (Rui, 75 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, SAD)	Contacto/ Proximidade
“É capaz, é capaz, de um lado para o outro é capaz de pegar-se. (...) É nos ajuntarmos e pegarmos uns aos outros. Juntarmo-nos uns aos outros. (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)	Contacto/ Proximidade
“Diz que é pelo... a falar, diz que é preciso tapar o nariz e a boca para estar a falar com outros. (...) andar muito juntos (...). É assim que passa de uns para os outros. (...)”(João, 84 anos, 1ºciclo completo, agricultor-reformado, SAD)	Contacto/ Proximidade
“Que eu saiba é (aponta para a máscara) ... agora atrapalhei-me, desde que me deu a coisa às vezes faltam-me as palavras, mas sei sei, é através da (aponta para a máscara) por isso é que a gente anda aqui com a máscara, (...)”(Paula, 72 anos, 1ºciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)	Respiração e as Vias respiratório
“Sei lá, não sei. (...) Eu acho que é normal, que é normal passar-se. A gente não vê nada, mas deve de ser algum micróbio que anda no ar, e sem o ver passar-se. (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)	Ar; Destino
“(...) se o tivéssemos de apanhara gente também não o podia evitar (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)	
“Não minha filha não sei. (...) É uma coisa que nem se vê e de roda as pessoas.” (Matilde, 75 anos, 1ºciclo completo, talhante-reformada, SAD)	Ar
“É a gente estar a falar, não é?” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)	Contacto/ Proximidade
Ligação à teoria: A COVID-19 é também caracterizada como uma doença altamente infecciosa (Jones, 2020). As doenças infecciosas propagam-se de pessoa para pessoa e são causadas por microrganismos (SNS24, 2020), como é o caso do novo coronavírus. Desta forma, o coronavírus propaga-se através do contacto físico próximo entre indivíduos e através de gotículas respiratórias de espirros e tosse (Jones, 2020; Shahid et al, 2020).	
<ul style="list-style-type: none"> • Os perigos desta nova doença pelo olhar dos mais velhos <ul style="list-style-type: none"> ○ Riscos/Perigos 	

<p>“(...) Os vírus são perigosos porque eles matam, as ... esse negócio que veio, onde cai, maltratado morre, a gente morre. (...) e isso aí diz que veio para matar (...). (...) não veio trazer benefício para ninguém, só morreram, só morreram menina. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p> <p>“(...) eu com os anos que tenho, é a primeira vez que vejo Portugal numa miséria, muita gente passando fome, muita gente está sem emprego, e eu não gostei nada menina. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	Morte; Economia
<p>“(...) alguns têm morrido por causa de ir para os pulmões acho eu, que é disso, e os outros lá se salvam. (...)” (Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p> <p>“(...) houve muitas pessoas, mesmo nos continuados com o isolamento de se terem fechado nos quartos para evitar eles deixaram de andar. (...) o senhor André (...) andava sempre para trás e para diante e nunca estava quieto, e agora... agora não consegue andar.” (Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	Morte; Isolamento (sedentarismo)
<p>“(...) Sei que as pessoas ficam... mobilizadas de fazerem qualquer coisa (...)” (Ana, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	Isolamento (sedentarismo)
<p>“(...) Sabe havia mais trabalho, as pessoas não estavam tão desempregadas... (...)” (Manuela, 85 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	Economia
<p>“(...) Pode-nos levar à morte. (...) Aquilo não tem nada bom, aquilo só males, só males só males, para levar as pessoas para a eternidade. (...)”(Orlando, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p> <p>“(...) há pessoas muito doentes que não vêm para os quartos onde estavam. (...) A perderem as pernas, (...) agora andam só de carro. (...) não se têm nas pernas. (...)”(Orlando, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	Morte; Isolamento (sedentarismo)
<p>“(...) o vírus é mau porque mata as pessoas, é assim a vida. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	Morte
<p>“(...) a gente doente não é gente como à outra. (...) Porque não passa e dá sempre guerra. E estraga o cérebro da gente. (...)” (Carlos, 85 anos, 1ºciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	Doença
<p>“(...) Porque mata muita gente. Então já viu o pessoal que já morreu? Nós ficamos pobres. E depois queremos manobrar a vida e não temos as pessoas já... e industriais, médicos e tudo... faz tudo falta. (...) De maneiras que isto é muito perigoso. Podemos nos safar ou não podemos. (...)”(Licinia, 69 anos, 2ºciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	Morte; Isolamento; Economia

<p>“(...) Tudo só para mal. Muita gente está afetada mesmo até do sistema nervosa... de não saírem, de não conviverem, de não verem os familiares. Eu acho que não trouxe nada, nada bem para nada. (...) Não é só do vírus, é o isolamento. O isolamento dá caminho das pessoas. (...)”(Licínia, 69 anos, 2ºciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p> <p>“(...) ficaram muita gente sem trabalho, perderam os empregos, e agora se calhar para os ganharem... empresas que foram à falência... (...). Portanto há muita miséria por aí. Não digo que haja em todo o lado, mas em certos lugares acho que deve faltar de comer e tudo. Graças a Deus não me tem faltado, mas há certas pessoas que estavam nos empregos e tiveram que sair, não é? (...)”(Licínia, 69 anos, 2ºciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	
<p>“(...) [Rui] Embarcar. [Luísa] ...uns morrem, dá para morrer... [Rui] E dá para ficar... [Luísa] Dá para ficar com mazela para toda a vida, e olha outros safam-se e outros não se safam. Eu nem percebo nada disto. (...) [Rui] A mesma coisa. (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1ºciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)</p>	Morte; Doença
<p>“(...) Morrem. (...) Dizem que morre muita gente, então, e que falta o ar nos pulmões, não sei quê, não sei quê, é o que ouço dizer que é perigoso. (...) foi a morte que morreram muitos. Foi uma malina que aí veio que levou muita gente. Foi esse mal é que foi aí um mal do caraças, quando toda a gente na televisão aos vinte, trinta, cinquenta e cem, ó carago. (...)”(João, 84 anos, 1ºciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p> <p>“(...) trouxe foi desemprego e coisas, e mortos e trouxe muita coisa, tudo fechado, tudo fechado, não podia ir para lado nenhum. (...)”(João, 84 anos, 1ºciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	Morte; Economia
<p>“(...) Andamos a fazer tanto sacrifício, morreram médicos, morreram enfermeiros ou enfermeiras vá, e coisa, profissionais de saúde, morreu tanta gente e coisa e não temos vergonha (...)” (Paula, 72 anos, 1ºciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p> <p>“(...) tiveram que acudir mais aquelas pessoas da pandemia, mas (...) pessoas com doenças graves também foram assim postas um bocadinho de lado e eu (...) acho que não é só a pandemia, acho que então se vamos deixar os outros para trás nada feito. (...)”(Paula, 72 anos, 1ºciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	Morte; Suspensão dos cuidados não COVID-19
<p>“(...) Já aí morreu tanta gente (...) É perigoso porque a gente... pessoas com saúde se são apanhadas com aquilo adoecem. Adoecem e às vezes até morrem. (...)” (Matilde, 75 anos, 1ºciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	Morte; Doença
<p>“(...) Olhe é morrer (risos), é morrer. (...) tem sido horrível e continua a morrer gente.” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	Morte

Ligação à teoria: Altas taxas de morbidade e mortalidade deste vírus. Com a pandemia COVID-19 observou-se uma sobrelotação dos serviços de saúde (Lloyd-Sherlock et al, 2020), em que o excesso de procura de cuidados COVID-19 levou à concentração de recursos de saúde neste tipo de cuidados, conduzindo assim à escassez de força de trabalho e à redução ou até mesmo suspensão dos serviços de saúde essenciais não relacionados ao COVID-19. Tal facto, levou à marginalização das pessoas idosas e criou (ou agravou) barreiras à obtenção de serviços de saúde para as suas condições crónicas pré-existentes (United Nations, 2020a; Goldblatt, 2020).

O isolamento, enquanto medida preventiva de combate à COVID-19, pode levar os idosos a desenvolverem hábitos não saudáveis (Jones, 2020), como comportamentos sedentários e diminuição ou ausência da atividade física (Sepúlveda-Loyola et al, 2020), contribuindo para um maior risco de depressão e maiores níveis de ansiedade (Chen & Outros, 2020). Além disso, de modo a impedir que o vírus entre nas instalações, muitos lares tomaram medidas que restringem as visitas e as atividades em grupo, o que poderá ter um efeito negativo na saúde física e mental dos utentes. Esses efeitos negativos podem afetar principalmente os idosos dependentes, que já se encontram em declínio cognitivo, provocando-lhes ansiedade e stress (United Nations, 2020b), e, em certos casos, perda de mobilidade.

O impacto provocado pela COVID-19 na economia como um perigo decorrente desta nova doença devido à interrupção de várias atividades económicas, provocada pelas medidas de contingência (Qiu, Rutherford & Chu, 2017), levando a situações de precariedade, desemprego, lay-off, e perdas de rendimento (Magalhães et al, 2020), e conseqüentemente à insegurança alimentar provocada pela diminuição ou limitação dos recursos para aceder a alimentos e bens essenciais (United Nations, 2020b).

• Posicionamentos face ao risco e ao “grupo de risco”

○ “Grupo de risco”

“(...) isso aí diz que veio para matar, e deu nas criancinhas também (...). (...) Oh eu achava que vinha para matar todo o mundo (...)”(**Bárbara**, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“(...) tinha aqui uma senhora (...) Ele teve-os, mas ela também era muito esquisita na comida, deixava de comer (...). (...) eu não tive porque eu também não sou esquisita (...). (...) aqui como também é serra talvez seja melhor, como estamos numa serra, talvez seja melhor para os doentes (...)”(**Bárbara**, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

“Ela teve-os, mas ela também era muito esquisita na comida, deixava de comer (...) Os vírus que ela teve não ficaram bem curados (...) ela morreu (...) porque ela não se tratou bem, não se tratou (...)”(**Bárbara**, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Todos (velhos + jovens + crianças); **diferentes estilos de vida:** profissão, local de residência, alimentação, adesão (ou não) às medidas de proteção

“(...) Olhe são aqueles que têm doença, por exemplo os diabetes, eu tinha diabetes não sei como não apanhei, e outro género de doenças. (...)” (**Ângela**, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)

Baixas defesas imunológicas e doentes; Inclui-se no Grupo de Risco

“(...) afetou muita gente. E crianças e tudo, oh aí aí aí...” (**Ana**, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)

Todos (velhos + jovens + crianças)

“Para quem anda por todos os lados...onde há muita gente... nas ruas das grandes cidades que andam sem nada (...). Mas e nós não, por acaso não tem nada disso aqui, aqui em Manteigas, até se cuidou” (**Orlando**, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)

Diferentes estilos de vida: profissão, local de residência,

	alimentação, adesão (ou não) às medidas de proteção
“(...) aqueles que já estão... como eu. Os pulmões infetados, como eu tenho os pulmões infetados das minas, e assim, ataca mais é que a gente vai abaixo. Gentes doentes também vai abaixo que não aguentam o bicho, mas a essa gente mais nova, (...). (...) É como é uma febrezinha que passa. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)	Baixas defesas imunológicas e doentes; Inclui-se no Grupo de Risco
“Isso é conforme a construção da gente. Eu penso que é assim, agora não sei. Pessoas que são mais fracas umas que as outras é que são mais atacadas. Penso eu. Agora não sei se será verdade se será mentira” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)	Sistemas imunológicos fracos
“Ó, minha senhora, eu penso que sim, agora a certeza não sei, mas deve ser. Deve ser perigosa para toda a gente. Digo eu, não sei” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)	Todos (velhos + jovens + crianças)
“(...) Pode, pode chegar [a toda a gente].” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)	Todos (velhos + jovens + crianças)
“Acho que é as pessoas mais frágeis. Frágeis, eu acho que é isso não sei. Eu tenho hipertensão, eu tenho diabetes, o que é que eu tenho mais? Eu tenho tudo. É que os diabetes afetam muito as pessoas. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD) “(...) Só que quando vim para aqui, vou assim “Mau isto aqui está complicado”. (...) não tinha forças. (...) Fiquei muito cansada (...). (...) Tenho medo de apanhar outra vez e não resistir. Então se vem outra acaba comigo, então, não é? (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)	Baixas defesas imunológicas e doentes; Inclui-se no Grupo de Risco
“Acho que quem está em contacto com as pessoas que é mais, é mais perigoso. Assim como os médicos e aos enfermeiros (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)	Diferentes estilos de vida: profissão, local de residência, alimentação, adesão (ou não) às medidas de proteção
“[Rui: São os mais velhotes (...)] [Luísa] Mas também há novos...” (Luísa, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, SAD)	Todos (velhos + jovens + crianças)
“São os mais velhotes que têm menos defesas então para mim é isso. (...) como eu que já temos 75 anos (...). (...) E eu cheio de mazelas (...). (...) As pessoas mais novas têm mais anti-defesas. (...)” (Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, SAD)	Idade (65+anos); Baixas defesas imunológicas e

	doentes; <u>Inclui-se no Grupo de Risco</u>
<i>“Dizem que os mais novos que agora está pior não sei quê. Não sei. (...)”</i> (João , 84 anos, 1ºciclo completo, agricultor-reformado, SAD)	Todos (velhos + jovens + crianças)
<i>“Bem, algumas pessoas têm menos defesas. Eu não sei se tenho muitas se tenho poucas, devo ter algumas, mas não sei. Acho que (...) há pessoas que apanham mais fácil (...) há pessoas que estão assim mais... não é porque elas tenham culpa (...) ou têm as defesas mais em baixo ou não sei (...)”</i> (Paula , 72 anos, 1ºciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)	Sistemas imunológicos fracos
<i>“Eu acho, para mim acho que será mais perigoso se a pessoa também... for fraca numas certas coisas, e que se apanhe mais fácil do que outras, (...). Agora as pessoas têm as coisas mais fortes, e dos organismos e de doenças, e então aí deve de haver alguma diferença de umas pessoas apanharem mais fácil do que outras (...)”</i> (Vera , 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)	Sistemas imunológicos fracos
<i>“Há pessoas que devem ser mais frágeis ataca-as mais, não é?”</i> (Matilde , 75 anos, 1ºciclo completo, talhante-reformada, SAD)	Sistemas imunológicos fracos
<i>“(...) aqui em Manteigas graças a Deus não há muito, agora em Lisboa, e na Espanha e em vários sítios e assim. (...) Em Manteigas não há cá doenças (...)”</i> (Glória , 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)	Diferentes estilos de vida: profissão, local de residência, alimentação, adesão (ou não) às medidas de proteção
<p>Ligação à teoria: São os conhecimentos especializados, principalmente os provenientes das ciências biomédicas, que se tornam centrais para a construção e divulgação de riscos (Lupton, 1999b) e na definição de quem está em risco (Mendes, 2015).</p> <p>Ao longo da pandemia tem sido amplamente divulgada, em especial pelos media, a ideia de que as pessoas com “idade avançada (65 anos ou mais)” (DGS, 2021) pertencem ao “grupo de risco” à COVID-19, uma vez que, como referido no enquadramento teórico, os indivíduos pertencentes a este grupo possuem sistemas imunológicos fracos devido à idade e apresentam, na sua generalidade, altas taxas de doenças crónicas (Jones, 2020). Tal facto fez com que a idade passasse a ser a principal base para categorizar o risco nas discussões e políticas públicas acerca da COVID-19 (Trostle & Sommerfeld, 1996).</p> <p>A maior disseminação dos conhecimentos científicos e um maior diálogo entre especialistas e leigos leva à inclusão de parte dos saberes periciais nos saberes e conhecimentos leigos acerca do mundo (Tavares, 2020), o que neste caso se reflete nas representações leigas acerca do “grupo de risco” face a esta nova doença e num sentimento de pertença (ou não) a esse mesmo grupo.</p> <p>Isto deve-se ao facto de cada vez mais o papel da medicina passar pela definição de práticas e estilos de vida que são (ou não) saudáveis (Tavares, 2020) ditando o que se deve ou não deve comer, ou no caso da COVID-19 quais as situações de perigo que se devem evitar. Desta forma, os riscos são vistos como consequências das escolhas e de estilos de vida feitas pelos próprios indivíduos, como tal, está associada ao autocontrolo (Gabe, 1995; Lupton, 1993). Consequentemente isso reflete-se numa individualização e responsabilização individual pelos riscos em saúde (Mendes & Ferreira, 2013), uma vez, que torna os indivíduos responsáveis por diminuir os riscos e os impactos da doença de modo a não colocar em causa o seu bem-estar (Lupton, 19993).</p> <p>Contudo, é de reparar que este critério enunciado pelos entrevistados vai além dos critérios gerais adotados pela biomedicina e pela DGS que homogeneizam os indivíduos que fazem parte do grupo de risco agrupando-os como sendo todos aqueles que têm menos defesas sem ter em conta os contextos sociais mais amplos em que eles se encontram, para ter</p>	

em conta esses mesmos contextos quotidianos demonstrando assim que os conhecimentos leigos são mais contextuais, mais localizados e individualizados do que os conhecimentos periciais (Lupton & Tulloch, 2002).

Consciência do carácter global e “democrático” do risco que predomina na “sociedade de risco” em que vivemos, pois segundo Beck e Giddens, os autores desta linha de pensamento, todos estariam igualmente expostos ao risco (Ekberg, 2007; Lupton, 1999b; Mendes, 2015), ideia comum a estes cinco entrevistados/as. Além disso, eles afastam-se da categorização dicotómica dos indivíduos como pertencentes (ou não) ao “grupo de risco”, e seguem uma visão que coloca o risco como um continuum. Desta forma, o risco é um continuum e está sempre presente, o que pode existir são grupos de alto e baixo risco. Ou seja, apesar de haver subpopulações que são atingidas com mais frequência e gravidade que outras por determinados riscos, toda a população está sujeita a eles (Trostle & Sommerfeld, 1996).

○ **O risco é um continuum**

<p>“Não não, nunca tive medo, (...). (...) Eu nunca tive medo. Nunca tive medo. (...) nunca fugi, há-de ser o que Deus quiser (...). (...) Em perigo nós estamos todos os dias, não penso nisso.” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Risco baixo; Imprevisibilidade, incontrolável; *Existência de vários riscos ao longo da vida</p>
<p>“Tinha medo tinha, não queria morrer. Quem é que quer morrer? (...) Pois, eu agora tenho medo, mas também estou desta idade tenho que ter cuidado” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>Risco elevado; (autoavaliação negativa da sua saúde acabando por se colocar como indivíduos vulneráveis a esta nova doença)</p>
<p>“Não (tinha medo). Então, eu estava sujeita como estavam os outros, não é? Mas graças a Deus não tive nada pronto, estou feliz da vida” (Ana, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Risco baixo; Imprevisibilidade, incontrolável</p>
<p>“(...) Deus faz o mal e se quiser também nos o tira. Porque eu tenho muita fé em Deus (...). Não. Não tinha medo. (...) Deus, como eu já lhe disse, está para vir ao mundo, mas quer se encontrar com os seus amigos. Sabem quem são os amigos dele? É aqueles que se lembram dele é que são os amigos. (...) E graças a Deus nunca me aconteceu nada. (...)” (Manuela, 85 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Risco baixo; Crenças pessoais</p>
<p>“Oh então uma pessoa quando se sente uma doença conta o pior ainda, então nós vemos todos os dias a morrer tanta gente com os vírus, e eu não sou mais nem menos que os outros. (...) Estava [em perigo], pois então (...)” (Orlando, 87 anos, 1ºciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Risco elevado; (imprevisibilidade associada ao novo coronavírus e a possibilidade de contágio)</p>
<p>“(...) Eu medo já não tenho, a gente já não anda cá a fazer nada, não é? (...) tanto me importa que me venha ou que morra. Se vier cá estou. Então, há de ser o que Deus quiser, se vier tenho que o aguentar. (...) eu tenho a felicidade de andar aqui. Porque trabalhei muito, muitos anos nas minas de baixo de terra. As minas são perigosas, o minério, (...), era muito perigoso aquilo, tanto que arreventava com a gente num instante, e também já estou arreventado eu. Eu... já é milagre aqui andar. (...) muito mais (perigoso),</p>	<p>Risco baixo; Imprevisibilidade, incontrolável; Velhice = doenças + alta probabilidade</p>

<p>ou ou... (...)” “Não pode ser muito perigoso porque... passa, aquilo passa depressa (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>de morrer; Existência de vários riscos ao longo da vida - experiência pessoal (minas + COVID)</p>
<p>“Isso... essas coisas eu não ligo. (...) Isso é assim, a pessoa que o deve apanhar apanha-o na mesma. (...) Nunca pensei nisso. Uma pessoa que vai pensar nisso é pior. Faz-se mais velho. Nunca pensei nisso. (...) Porque não penso nessas coisas. Estou aqui até Deus querer, pois é assim” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Risco baixo; Imprevisibilidade, incontrolável; Velhice = doenças + alta probabilidade de morrer</p>
<p>“Tive medo tinha. (...) Tinha medo porque as doenças não são nada que se coma. As doenças são perigosas. (...) Medo tinha, e tenho. (...) Tenho porque as doenças não são nada famosas, as doenças são doenças. (...)” (Carlos, 85 anos, 1ºciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Risco elevado; Risco universal</p>
<p>“[E nessa altura tinha medo de apanhar o vírus?] Foi, foi por isso [por ter medo] que parei [de dar a missa]. Foi por isso que parei e por causa de saúde. Mais por falta de saúde. (...) Tive [em perigo] (...). (...) e tinha dúvidas, e muitas, ainda tenho. (...) estou aterrorizado, também estou debilitado. (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Risco elevado (autoavaliação negativa da sua saúde acabando por se colocar como indivíduos vulneráveis a esta nova doença)</p>
<p>“(...) eu por acaso agora com os COVIDs só fazia atenção e tinha medo... (...) Do COVIDs, eu tinha medo era de apanhar a coisa. (...) doença tenho eu que me chega (...)” (Cristiano, 86 anos, 1ºciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Risco elevado; (autoavaliação negativa da sua saúde acabando por se colocar como indivíduos vulneráveis a esta nova doença)</p>
<p>“Tinha medo tinha. (...) Á pois sentíamos. (...) Quando diziam à fulano está com COVID aí não sei quem... tínhamos muito medo. Medo, medo mesmo. Tinha medo tinha. (...) Ah menina tinha medo que viesse para mim e que depois os problemas surgiam, não era?” (Luísa, 75 anos, 1ºciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)</p>	<p>Risco elevado; Risco universal</p>
<p>“Oh, olhe sou igual aos outros há de ser o que calhar, há de ser o que Deus quiser. (...) Não. Não tinha [medo], tendo de vir não me importava, a gente tem que seguir o nosso caminho. (...) Não. Eu não tenho medo, não, não tenho. (...) Fico. Um bocadinho, mas não... não sou dessas pessoas que estou cheia de medo. (...) Não. Eu não tenho medo. Nós já duramos muitos anos (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Risco baixo; Imprevisibilidade, incontrolável; Velhice = doenças + alta probabilidade de morrer</p>

<p>“Ó então não tinha medo? (...) podia apanhar (...). Diz que aquilo que se apanha fácil (...) Tinha medo então, tinha medo também de apanhar, eram muitos que morriam na altura. Tinha medo.” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Risco elevado; (imprevisibilidade associada ao novo coronavírus e a possibilidade de contágio)</p>
<p>“Mas medo não, não, não tenho medo (...) Eu já estive entre a vida e a morte e não era com o vírus. Sei que é perigoso, mas tudo é perigoso, tudo é perigoso, minha querida. (...) podia nem estar na pandemia, ir aqui tombar para o lado, ou batia além ou mesmo sem bater queimam-se os fusíveis e a gente vai desta para melhor (...) o COVID não é o pior de tudo (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p> <p>“Nunca tive muito medo, eu também (...). (...) ando mais ou menos sozinha por aqui, só com as pessoas que vivem em casa (...). Também tenho cuidados, tenho cuidados, (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p> <p>“Eu parece que já me sinto segura com Deus. É. tenho muita fé (...). (...) com Deus e cumprirmos as regras, nós vamos sair desta. (...) Só Deus em certos momentos é que nos pode defender, por isso corre-se perigo sim, às vezes tem se medo sim, mas depois, “Não, medo não Senhor disse-me o que é que eu faço”, então as ideias veem, o meu anjo da guarda vem e defende-me é assim. (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Risco baixo; Existência de vários riscos ao longo da vida - experiência pessoal (outra doença); Estilos de vida; Crenças pessoais</p>
<p>“Tenho medo. (...) tenho medo que venha um... vai a gente mais depressa (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Risco elevado; (imprevisibilidade associada ao novo coronavírus e a possibilidade de contágio)</p>
<p>Sentia medo porque que não viesse cá bater aquilo à nossa porta, porque para mal já chega a [doença] que eu tenho” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Risco elevado; (autoavaliação negativa da sua saúde acabando por se colocar como indivíduos vulneráveis a esta nova doença)</p>
<p>“Ó a gente tem sempre medo menina (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Risco elevado; (imprevisibilidade associada ao novo coronavírus e a possibilidade de contágio)</p>
<p>Ligação à teoria: Os indivíduos são conscientes da existência de vários riscos com que são confrontados no quotidiano (Lupton, 1999b). Os riscos biomédicos definidos pelos especialistas fazem parte de um contexto mais amplo onde se encontram em conjunto com vários outros riscos que podem ser vistos pelos atores sociais como sendo mais importantes (Rhodes, 1997).</p>	

• Medidas preventivas e comportamentos de risco	
○ Medidas quotidianas	
<p>“(...) eu usei muito a máscara, mas eu não posso continuar com a máscara porque eu tenho a sinusite. Isso para mim é um veneno. (...) Agora moro aqui sozinha no sótão (...) “(...) E olhe, a gente deve ter é limpeza nas mãos, no corpo (...). (...) eu ficava lá em cima, eu estava sempre o dia todo sem máscara, vinha no consultório punha a máscara, ia lá para baixo punha a máscara, só lá em cima é que não, porque (...) como era sozinha não tinha perigo” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p> <p>“Eu (...) faço as minhas orações na bíblia, e ponho as pessoas nas minhas orações, e ponho ... peço a Deus que dê saúde para os médicos, inteligência e amor, e que eles façam tudo pelo amor a Deus e pelo amor às pessoas” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p> <p>“(...) me chegava perto dos doentes e tudo, beijava até duas, dois doentes, duas senhoras, elas agarravam a mim beijavam e eu beijava-as também. (...)”(Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p> <p>“(...) eu acho, que quanto mais cuidado tem, eu acho que tem que ter cuidado, mas quanto mais cuidado, quanto mais se evita das coisas mais elas veem. (...) (...) eu conheci uma senhora (...) ela já passava dos limites, e eu digo assim “Meu Deus do Céu a gente pode ser limpa, mas não é tanta coisa assim” “E lavem as mãos, e lavem as mãos, e lavem as mãos”, (...), a menina sabe que... os três filhos pegaram tuberculose, um aquase que morreu, os três, estiveram no sanatório (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Máscara; Desinfecção e higienização; Religião – orações; comportamento de risco - não cumpria o distanciamento social com base num acontecimento passado...</p>
<p>“Olhe, púnhamos a máscara e assim, mas agora parece que já levam a vacina. A máscara, (...) não gosto, mas tinha que a pôr. Tenho que a pôr que isto ainda anda a voar (...) Não andar na rua nem nada disso, e ponho a máscara” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>Máscara; Isolamento em relação ao exterior</p>
<p>“Olhe, cumpri as regras que me impuseram. (...) andar sempre com máscara, que eu irrita-me muito a máscara, a garganta e a língua deste pelinho que tem a máscara, começa a sair e nós falamos entra para dentro e isso irrita-me, até às vezes me dá vômitos” (Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p> <p>“(...) É verdade, que eu tenho rezado muito por isso (...). (...) muito rezei. (...)”(Ângela, 73 anos, 12ºano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	<p>Máscara; Religião - orações</p>
<p>“(...) eu não me assentava (com as colegas), estava sempre larga, e agora como isto está assim mais manso assento-me lá... mas não muito tempo” (Ana, 89 anos, 1ºciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Físico/Social</p>

<p>“Eu ainda andei com a máscara, mas agora não tenho andado com ela porque sinto-me abafada porque eu também tenho a bronquite asmática, (...). (...) Às vezes diziam-se assim “Ponha a máscara”, ó para que? (...) [Deus] está para vir ao mundo, mas quer se encontrar com os seus amigos (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Máscara (obrigação/imposição)</p>
<p>“Eu usava sempre a máscara não sei como me apanhei. (...), mas a máscara não a desligo, trago-a sempre comigo” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Máscara</p>
<p>“(…) a maior parte já não usa as máscaras, mas também não saímos daqui. Se sairmos daqui temos que as pôr. Não saímos daqui. É assim, a malta a maior deles anda sem máscaras agora (...) para mim não fazia muito bem, que andava comichão aqui na pele. Deixou-me isto aqui inflamado... eu acho que é da máscara, então é melhor eu tirá-la... (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Máscara (obrigação/imposição); Isolamento em relação ao exterior</p>
<p>“Não, não fazia nada... porque a pessoa que lhe apanha os vírus apanha-os, a pessoa que não deve de apanhar não apanha. (...) Se tiver que apanhar tanto apanho tendo a máscara como não tendo. (...) se a usei duas ou três dias foi muito. E tenho-a lá no quarto na gaveta, o que é não a ponho. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Máscara (obrigação/imposição)</p>
<p>“Não senhora, não fiz nada. Diziam os médicos, diziam os médicos, mas eu não fazia nada. Era quando viesse. (...) Ainda usei (máscara) (...) Era um estorvilho” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Máscara (obrigação/imposição)</p>
<p>“Tenho que usar sempre (máscara). (...) Hoje, por exemplo, vim buscar a máscara após o pequeno-almoço porque me achei sem ela, não a tinha levado (...) Sai de junto dos doentes, e vim ao meu quarto buscar isto (a máscara). Cumpro as regras (...) uso, porque é meu dever usar. Se é melhor ou se é pior não sei. Mas não a dispense. Não a dispense porque nem o próprio mundo as dispensa, não é?” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Máscara</p>
<p>“(…) eu em primeiro ainda lavava a loiça com lixívia para desinfetar e assim, mas agora só lavo com o outro produto como isto já está melhor. (...) Eu andava sempre a avisar as outras pessoas. Assim, “põe a máscara”, “põe a máscara”, e afinal calhou-me a mim. (...) mesmo com a máscara e com as mãos, têm que ter cuidado (...). (...) Eu às vezes andava aqui (em casa) de máscara (...) Não ia tanto à vila. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento; Desinfecção e higienização</p>
<p>“(…) Aí desinfetava-me o mais que podia, (...), e tinha... ainda aí está, está aqui o álcool e... em cada andar temos o álcool para desinfetar e lavava as mãos. Era o que eu fazia. E nada de aproximações. Evitava-se o máximo possível. (...) não saí, também não tinha contacto com a gente, e evitava mesmo... por vezes tinha medo de ir dar a volta porque havia pessoas que me iam tocar e que estavam mesmo ao pé de mim (...) e ainda ficavam chateados coma gente... (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento; Desinfecção e higienização; Medicinas alternativas</p>

<p>“A gente tem muita precaução quando foi, que mesmo a minha filha mandou um produto para a gente, para a minha mulher fazer aqui em casa duas misturas e que púnhamos no nariz para não apanhar a doença... (...) era esse produto que a minha filha mandou, que ela trabalha muito com produtos naturais, (...), a desinfecção normal. E tomávamos isso. Não sei se isso deu resultado nem se não, o que é certo é que não aconteceu nada (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	
<p>“[Luísa] (...) Fazer compras ia, punha a máscara e ia às compras. (...) mas eu quando estava lá dentro não me juntava com certas pessoas que lá havia dentro. (...) Não saíamos de casa (...). Nós não saímos de casa, a não sendo às compras (...) não íamos para a rua e não havia contacto com ninguém. Era assim que fazíamos. (...) não saíamos para lado nenhum... [Rui] E de máscara. [Luísa] Usávamos sempre máscara e assim. (...) Tirando isso não havia ajuntamentos não havia nada. (...)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento</p>
<p>“(...) Nós também pouco saímos de casa, pouco saímos de casa. (...) Eu meto-me aqui em casa, aqui estou também. (...) Eu também a uso [a máscara], eu também a uso. Ainda ontem (...) fui até à horta, (...) fui estender as pernas, esqueceu-me só quando vim para casa é que me lembrou (...) mas eu esqueceu-me de a levar. (...) Ficava em casa, nem conversar com ninguém, não é? Nem estar ao pé de ninguém. E é o que faço. (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento</p>
<p>“(...) não falo para ninguém (...) Não há conjuntos e tal, nem andar com a malta, não saía de casa aquase. (...) Evitar andar com adjuntos, evitar com muita gente, evitar andar na conversa e tal, e quando andar com muita gente para pôr a máscara. Agora eu cá sozinho assim não a ponho (...)” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento</p>
<p>“(...) ando mais ou menos sozinha por aqui, só com as pessoas que vivem em casa (...) E vem aqui o meu filho às vezes mesmo assim vem com máscara e tudo também, e eu também a uso, fazemos assim. E não há beijos, não há coisa, pronto é assim. (...) eu quando vou é para ir desanuviar um bocadinho e andar um bocadinho, vou sozinha vou sem máscara, não me chego assim perto das pessoas, porque se alguém me fala lá é assim à distância, cumpo as regras. (...) Às vezes esquecia-me da máscara, porque muitos anos a viver e nunca vivi assim, agora já me lembro mais, já me lembro mais (...). (...) tem que haver higiene, tem que haver uns afastamentos (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento; Desinfecção e higienização</p>
<p>“Eu também me evitava de ir à rua, nem ia à rua... estava aqui [em casa], cheguei aqui a estar se calhar três meses ou mais (...). (...) Às vezes até precisei de umas coisas ali do comércio, deitei daqui um nagalho, deitei aqui um nagalho e a carteirita, lá me meteram no nagalho tornaram a mandar para cima. (...) saía, até em cima um bocadito e vinha. Embora a gente estivesse com as pessoas estava lá cada uma em seu lado, com a máscara...” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento</p>
<p>“O que é que fiz? Eu não abalo daqui [de casa]. (...) tenho que acautelar. Não saio daqui e como não saio daqui é como estou mais protegida” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento</p>

<p>“Eu quando vou à rua levo-a (a máscara) (...) eu tenho andado sempre com máscara, eu tenho cá uma data de máscaras (...) Ó a gente tem sempre medo menina, então não tem medo, e a gente não fala com muita gente, não é? E quando vou à vila tenho que ir (...). (...) quando preciso de alguma coisa trago tudo lá de cima para não ir à Vila (...) estou aqui metida também em casa (...) Mesmo mandam a gente estar em casa. (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Máscara; Distanciamento Social; Autoisolamento</p>
<p>Ligação à teoria: No contexto pandémico que atravessamos desenvolveram-se medidas sociais, individuais e coletivas, que tinham como objetivo reduzir as taxas de transmissão do vírus através da redução dos contactos de modo a conter o vírus e manter as populações seguras (Delen, Eryarsoy & Davazdahemami, 2020; Ferguson et al, 2020; Jones, 2020). Desta forma é fundamental a adesão dos indivíduos a medidas de proteção individual para controlar a rápida disseminação do vírus (Peixoto et al, 2020). Entre essas medidas encontram-se a lavagem das mãos, a redução do toque facial, a adesão à etiqueta respiratória, o distanciamento físico, o uso de máscaras em público para cobrir o nariz e boca, a recomendação para as pessoas permanecerem em casa entre outras medidas que acabaram por fazer parte do nosso dia-a-dia (Bavel et al, 2020; Lima-Costa et al, 2020; Wise, Everson & Grijalva, 2020).</p> <p>A tomada de decisão dos indivíduos sobre o risco depende da situação e do contexto, e resulta de perceções de risco socialmente situadas (Rhodes, 1997). Isto acontece porque os indivíduos (...) mobilizam saberes, perceções e noções para interpretar as suas experiências quotidianas (...) (Tavares, 2020; p.50), assim como as experiências das pessoas que as rodeiam e com quem interagem, acerca da saúde, da doença e do risco, atribuindo-lhes significados. Desta forma, as reflexividades leigas não envolvem apenas a avaliação racional e individualista dos conhecimentos especializados, elas incluem o conhecimento desenvolvido através da experiência, da observação e das interações com os outros atores no quotidiano. (Lupton, 1999b; Lupton & Tulloch, 2002).</p> <p>(ERPI) fechamento com o exterior e isolamento do interior da instituição e caracterizado pela concentração de pessoas idosas em locais próximos (United Nations, 2020b)</p> <p>A adesão às medidas de proteção individual pressupõe a alteração significativa de alguns comportamentos, sendo que a dificuldade de alterar comportamentos varia de cultura para cultura, de contexto social para contexto social, e até mesmo dentro de uma sociedade varia de grupo social para grupo social (Bavel et al, 2020).</p>	
<p>○ A vacina como medida preventiva</p>	
<p>“Já levei as duas” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Sim - (indiferença)</p>
<p>“Eu só levei uma, há pessoas que levaram duas, é conforme as idades não sei” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>Sim - (indiferença); desconhecimento dos critérios de vacinação</p>
<p>“Já, levei duas vacinas. (...) Senti, senti, senti-me mais segura, mas ainda temos que andar com esta porcaria (a máscara). (...) Ao mesmo tempo a gente não sabe o que é que se vai passar, porque pode se a gente levar a vacina, mas a vacina não ser tão eficaz como a gente quer. Pode a gente em contacto com outros apanhar o vírus, mas vir talvez mais fraco, é o que penso não sei.” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percebido como sendo menor após a vacinação; Incerteza quanto à eficácia</p>
<p>“(...) não estou arrependida de não ter levado vacina nenhuma (...) Não, não quis. (...) Porque houve uma vez havia aí também um alarme de... de... como é... de gripe, e eu fui na onda. Também me fui vacinar, não é que eu nunca tinha tido uma constipação tão grande como quando fui vacinada (risos). Eu disse “Não, não sou vacinada”, se eu ando bem, deixa-te andar. E depois se viesse o mal então seria vacinada, olha.” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Não - (escolha pessoal)</p>

<p>“(…) levei a vacina duas vezes. Levei a vacina. (…) A vacina a primeira doía muito aqui o braço (…). Para mim era igual.” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Sim - (indiferença)</p>
<p>“(…) já levei uma (…) levei a vacina agora estou à espera que me deem a segunda Com a segunda fico mais tranquilo. Porque há aí uns dois ou três velhos, e há aí mais do que eu que já levou as duas, e eu ainda só me derem uma. Havia para aí, mas para mim já não chegaram olhe tive que me contentar só com uma. À espera que venha outra talha delas que chegue para mim... para outra vacina” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Sim - A perceção do perigo manteve-se a mesma que antes da vacinação</p>
<p>“Já levei uma vacina já. (…) desde que levamos as vacinas a maior parte já não usa as máscaras” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percecionado como sendo menor após a vacinação</p>
<p>“Levei. A levei duas, mas agora já não posso levar mais. (…) Parece que (…) os que fizeram os 60 anos ou não sei quê acho que já não levam mais. Eu e a minha mulher já não levamos mais. Já levamos aqui duas, já não levamos mais. (…) Oh, antes de levar a vacina estava como agora, levei a vacina fiquei no mesmo. (…) Fiquei no mesmo, para mim foi a mesma coisa.” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Sim - (indiferença); desconhecimento dos critérios de vacinação</p>
<p>“Levei sim senhora. (…) Hum hum, ó minha senhora, a gente não percebe nada disto, nem os médicos percebem, quanto mais agora eu. (…) A vacina? Uma vez fará bem outra não fará (…)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Sim - A perceção do perigo manteve-se a mesma que antes da vacinação</p>
<p>“(…) tenho dúvidas sobre os tratamentos, sobre o... a propaganda que é feita, julgam que têm a ciência toda e não, e não acredito que tenham a ciência assim tão evidente (…). (…) Fui (vacinado). (…) Fiquei... não me senti pior. Mas também não senti muitas melhoras (…)[... acha que depois de levar a vacina ficou em menos perigo de apanhar o vírus?] Não. (…) Acho que é igual. (…)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Sim - A perceção do perigo manteve-se a mesma que antes da vacinação</p>
<p>“Eu ainda não fiz nenhuma vacina, portanto a vacina faz falta para nós andarmos mais à vontade (…) Mas nem toda a gente tem as vacinas. Eu se calhar só posso levar em setembro (…) Acho que a gente se salva mais. (…) Até setembro sem a vacina como é que vai ser? Eu não posso andar a desrespeitar muito, (…) Se eu levar a vacina já estou meio caminho andado” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Não - (infetado por COVID-19 à menos de 6 meses); acha que se for vacinada fica mais segura</p>
<p>“Fui vacinado, (…)[...sentiu-se mais seguro depois de ter a vacina?] Claro, mas não é para dizer assim já estou livre, mas digo, bem agora normalmente posso já considerar (…) que há mais probabilidades de não apanhar, e mesmo se apanhar já não se sente. (…) quer dizer, posso apanhar, mas é muito... muito provável que é mais, quer dizer, que já não custe tanto como custava. (…)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percecionado como sendo menor após a vacinação; Incerteza quanto à eficácia</p>

<p>“[Rui] Já levei a vacina. (...) [...sente mais seguro agora depois de levar a vacina?] <i>Em princípio sim. E não levei a segunda porque foi da genérica ou que é, e só ao fim de três meses é que posso levar a segunda dose, ou podemos levar, levamos os dois a mesma.</i> [Luísa] <i>Eu sinto, sinto (mais segura)</i> [Rui] <i>Quer dizer a gente medo continua a ter...</i>” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percecionado como sendo menor após a vacinação; Incerteza quanto à eficácia</p>
<p>“(...) já levamos os dois a vacina (...) <i>Pode ainda vir de um momento para o outro, de um momento para o outro ainda pode vir, mas até ver não tivemos.</i> (...) [E acha que está mais segura agora com a vacina?] <i>Eu acho que sim.</i> (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percecionado como sendo menor após a vacinação; Incerteza quanto à eficácia</p>
<p>“(...) agora já tenho as duas vacinas já estou mais coisa. (...) <i>Sinto, agora sinto-me mais à vontade, não me sinto tão apreensivo como andava assim com medo. Mas de início via-me aflito (...) Depois com a vacinação fiquei mais aliviado, agora já não há tanto perigo e tal e tal. Levei as duas pronto então agora já não tenho mais receio.</i>” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Sim - A perceção do perigo manteve-se a mesma que antes da vacinação</p>
<p>“(...) já fui vacinada com a primeira dose da vacina agora estou à espera que me chamem para a segunda dose. (...) <i>Eu parece que já me sinto segura com Deus. É. tenho muita fé (...)</i>” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Sim - A perceção do perigo manteve-se a mesma que antes da vacinação</p>
<p>“Já (fui vacinada). (...) <i>Não sei, não sei se a gente anda mais segura se não anda, pelo menos andam a fazer estas coisas tudo para segurança, agora se é para segurança ou não é, só um é que o sabe... só um é que o sabe e está lá caladinho. Por isso não podemos dizer estamos seguras seguras, porque no momento pode tornar a aparecer, pelo menos é o que dizem.</i> (...) <i>É quase igual, quase igual</i>” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Sim - A perceção do perigo manteve-se a mesma que antes da vacinação</p>
<p>“Já levei uma e agora vou levar outra. (...) <i>Ah mais segura senti, e quero ir levar outra, mas é só quando chegar a altura de madarem.</i> (...) <i>começaram com as vacinas, se não morríamos todos.</i>” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percecionado como sendo menor após a vacinação</p>
<p>“(...) <i>mandaram-me ali ir ao (aponta na direção do Centro de Saúde) para ser vacinada.</i> (...) <i>Senti, sim [mais descansada], tenho a primeira e a segunda.</i> (...) <i>É para não apanhar (...)</i>” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Sim - O perigo passou a ser percecionado como sendo menor após a vacinação</p>
<p>Ligação à teoria: Os governos produziram esforços para a criação de uma vacina e no final de dezembro começou em Portugal a vacinação de residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e instituições similares, tendo sido mais tarde alargado ao resto da população partindo dos segmentos mais velhos para os segmentos jovens. A vacinação pode ser vista como uma medida de proteção contra a COVID-19. a biomedicina é incapaz de dominar completamente o conhecimento disponível, quer a nível dos benefícios, quer a nível das limitações e dos perigos destas novas abordagens, técnicas e medicamentosas (iatrogénese) (Raposo, 2013). (... as pessoas que recuperaram de infeção por SARS-CoV-2 (...)) só “(...) 6 meses (...)” depois da infeção “(...) poderão ser vacinadas contra a COVID-19 (...)” (SNS, 2021).</p>	

Declínio na confiança e na autoridade dos especialistas, aumentando o reconhecimento do status indeterminado do conhecimento sobre o risco. (Gabe, 1995) que marca as sociedades contemporâneas. Reconhecimento de que o conhecimento científico sobre o risco é incompleto (Lupton, 1999b) e de que as decisões clínicas estarem repletas de incertezas e que as medidas e os procedimentos são adotados sem o total conhecimento do seu impacto (Luiz & Cohn, 2006) devido às limitações do conhecimento médico (Raposo, 2009).

Impactos da COVID-19 na vida dos idosos

• A perspectiva dos idosos acerca das alterações provocadas pela COVID-19 no seu quotidiano

○ (Impacto) Relações sociais

“(...) Falo com todas [as colegas], só que ... a Bianca (...) Ela está doente (...). E ela agora (...) recolhe as mantas todas e lava-as para o quarto (...). Eu tive que esconder as mantas todas no barzinho (...) e mesmo assim ainda me tirou duas. E se não fosse o senhor Jonas apanhava, o senhor Jonas é que se meteu na frente. (...) E agora ia-se assentar na minha cadeira, eu não deixei ela sentar, porque ela tem a cadeira dela. (...) A minha família está tudo na Covilhã, eu só tenho uma sobrinha aqui. (...) Pouco, agora pouco, eu não posso sair e eles também não podem cá vir. Veio a minha sobrinha que já abriu lá em baixo. Veio-nos visitar (...) Os meus sobrinhos está tudo na Covilhã, (...) E (...) o resto da minha família está no Brasil (...). (...) Falava, mas agora entrou esta droga assim, não falei mais, não falei mais. Eu acho que eles até têm medo de ligar o telefone. Às vezes ligavam para cá, para aqui para o lar, não ligaram mais, eu também liguei para lá, o telefone tocava não consegui falar com ninguém. (...) as chamadas ficam muito caras, eu tinha um número do telemóvel do meu irmão, e tivemos que parar porque tanto pagava ele como pagava eu. (...) Eu vou ver se agora melhora e vou na loja da minha sobrinha e ligo de lá, ligo de lá. É que agora não posso sair. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)

Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); **Vida em grupo** (manteve-se); **Diminuição da rede social** devido à pandemia

“(...) Falo, falo [com a filha], agora por acaso até andamos um bocadito zangadas (...) Eu o meu marido já morreu, há vinte e tal anos, fiquei muito nova viúva. (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)

Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); **Vida em grupo** (manteve-se); **Mantiveram as relações** durante a pandemia (telefone + presencial)

“(...) naquelas cadeirinhas baixinhas, estávamos aí três sentadas ou duas, quando houve aquela epi... que estava pior puseram a do meio com uma sinta vermelha, não se podia lá sentar, e depois era uma de um lado e outra do outro, e falávamos. (...) No lar tenho [amigos], eu tenho a Carolina, tenho. Praticamente dou-me bem com todos, uns melhor outros pior, mas tenho. (...) A minha família vejo-a pelo WhatsApp, porque só cá veio agora a minha irmã a Clara, a mais nova e o homem, porque temos estados sem visitas, só a semana passada é que veio cá a minha irmã mais nova e o meu cunhado. (...) Ainda cá vieram, mas não foram todos porque moram longe e alguns não têm meio de transporte (...) Alguns não têm carta (...) vinha um carro vinham duas famílias, agora é que não me podem vir, agora é só uma família de cada vez. (...)” (Ângela, 73 anos, 12º ano, educadora social-reformada, ERPI)

Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); **Vida em grupo** (manteve-se); **Mantiveram as relações** durante a

	pandemia (telefone + presencial)
<p>“Se eu tenho amigos? [Cá no lar...] Amigos e amigas. Olhe, tenho amigas. (...) a minha família eram os meus irmãos já não tenho cá nenhum. (...) Estou cá sozinha. Vem, a minha filha vem, mas coitadinha também não pode vir quando ela quer. Tem a vida dela, e eu também não a chamo, não a chateio. (...) agora ela vem cá, só vamos ali ao gabinete, só para falarmos, mas telefona-me todos os dias de manhã e à noite (...). (...) ela é só para saber se eu estou bem, e eu para saber se eles estão bem, e pronto e acabou. (...) aqui em cima separaram-nos, não é? Não se podia estar junto. Que eu também não sou muito de estar perto com as pessoas, às vezes ainda estão aqui umas colegas que eu gosto de me dar com elas. (...) assento-me às vezes um pouquinho ao pé delas, a conversar, a conversar. (...)” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); Vida em grupo (manteve-se); Mantiveram as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“(...) Agora o outro dia veio-me cá ver, lá em baixo por entre os vidros. (...) [a filha] já me cá veio ver duas ou três vezes (...). (...) Às vezes [as netas] já cá têm vindo a falar-me ao vidro, mas assim ao vidro não é também. (...) gosto de falar a toda a gente, mas amizade não. Porque há cá muita falsidade (...). (...) E está ali todas, o que é olhe, sermos muitas, filhas de boa mãe e não. Cada uma tem o seu feitio e... não, não gosto. Gosto de falar a todas, mas amizades amizades não. (...). (...) Depois calhei com uma [de quarto]. Não gosto, da maneira dela. Não gosto porque ela tem dois papeis um é de uma maneira e outro papel é de outra, e é muito mentirosa. (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); Vida em grupo (manteve-se); Mantiveram as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“(...) ainda hoje tive uma visita lá em baixo de uma sobrinha. (...) temos lá em baixo uns gabinetes próprios, onde temos um vidro eles estão além e eu estou aqui, e falo para eles, tem assim só uma fisguita assim pequenina, a altura de um metro, qualquer coisa pequena é por baixo que mandamos. (...) Oh pois tenho [amigos no lar], cá dentro as pessoas precisam de mim, que eu há dois anos e meio conseguia às sete horas e meia da manhã já tinha 50 garrafas cheias distribuía-as por todos os doentes. (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); Vida em grupo (manteve-se); Mantiveram as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“(...) tenho dois filhos que estão para o estrangeiro nem querem saber nem do pai nem da mãe. Não tenho mais ninguém. A família, pelo menos da minha parte, já desapareceu toda, já está tudo lá de baixo dos turrões. (...) Amigos, amigos temos que falar com todos. Só que entrou para aí malandro é que (...) o quarto dele é aqui e o meu é pegado... a abrir-me a porta, vai acordar-me às quatro da manhã, a chatear-me. (...) de noite tenho coisa que ele alevanta-se e começa a abanar a porta e acorda-me (risos). Mas falo-me com todos, só com esse é que não, mas graças a Deus falo com toda a gente. Falo com toda a gente. (...) há dois anos que cá estou daqui a nada ainda cá não vieram, nem querem saber. (...) Não, não vieram ver. Os filhos, um já mais de 40 anos, está na Suíça, (...) não vem cá a Portugal, (...) já não quer saber. O outro vem cá todos os anos e vem me cá ver, mais ninguém. (...) nem temos telefone. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas (vive em solidão ou isolamento); existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); vida em grupo (manteve-se); mantiveram as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>

<p>“(...) Têm aí (...) duas mulheres, que são amigas, mas às vezes nem nos vemos. Estou ali numa sala mais uma data delas somos uns 15 ou 16 que estamos lá, cada um lá está na sua vida. Não me meto na vida deles, só me meto na minha e na da minha mulher, e na dos meus filhos, e mais nada. (...) ainda agora vim das visitas. Veio cá o meu Rodrigo, e agora terça-feira vem cá o Cristiano. (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; Existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); Vida em grupo (manteve-se); Mantiveram as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“(...) isso não tenho amigos. Aqui não há amigos. (...) Aqui cada um é por si. E quanto mais doentes os veem mais os desprezam. Não lhe ligam. (...) dar-me bem dou, o que é muitas pessoas não me ligam. É de me verem muito doente. (...) De vez em quando, tenho um filho na Guarda, de vez em quando telefona para cá. (...) Uma vez de dois em dois e de três em três meses. É raro, é raro. (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas (vive em solidão ou isolamento); existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); vida em grupo (manteve-se); mantiveram as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“(...) Eu não recebo ninguém, nem sequer a família. (...) Foi agora. (...) [as] pessoas de casa, (...) falam bastante comigo particularmente. Há pessoas que eu confesso no corredor quando não há ninguém, e já as tenho feito acompanhar-me até à capela quando vejo que são problemas maiores, mais íntimos e a pessoa se revela (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; existência de relações sociais dentro do lar (conflito + amizade); vida em grupo (manteve-se); Diminuição da rede social devido à pandemia</p>
<p>“(...) já não me telefona tanto [a filha], e é lá longe para estarem a telefonar para aqui. Mas (...) às vezes telefona-me. (...) Eu falo na mesma [com os filhos]. Só que eu quando tive na COVID tiraram-me o telemóvel. (...) Ainda não veio cá [o filho], desde que veio o COVID ainda não veio cá, nós é que vamos lá [à CERSIG] visitá-lo. (...) não deixavam entrar era só de longe... eu pelo Natal (...) disse-lhe adeus de uma varanda (...) Esteve um bocado complicado nos lares. (...)” (Licínia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“As filhas estão... uma está na Bélgica (...) E a outra (...) está lá em Lisboa (...) só estou com a minha mulher. (...) veem cá [a irmã e o cunhado] de vez em quando. Veem cá tomar o café. E de vez em quando, agora menos, encontrávamo-nos sempre que vinham aqui almoçar e eu ia a casa deles, mas agora tem sido menos. (...) A que está em Lisboa estou sempre em contacto com ela pelo Skype, a outra... chama todos os sábados (...) continuei a falar (...) com a família (...)” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>

<p>“[Luísa e Rui:] <i>Sim, sim, sim</i> [mantêm o contacto com a sua família]. (...) [Luísa:] <i>eu vim na semana passada da Guarda que estive lá internada.</i> [Rui:] <i>isto agora também está um bocado difícil por causa da pandemia, não é?</i> [Luísa:] <i>Mas já cá vieram colegas, já cá veio o meu irmão, a minha...</i> [Rui:] <i>Mas os telemóveis e sucessivamente estão sempre... Agora desde que a minha esposa veio já cá veio a família toda. Toda a que cá está.</i> [Luísa:] <i>Pois que muitos estão para a França para cá vir.</i> (...) [Rui:] <i>É, é, pelo telemóvel.</i> [Luísa:] <i>É continuamos. Pelo telemóvel e assim. Ontem é que já cá veio uma irmã minha e uma cunhada, e já cá vieram.</i> [Rui:] <i>E mesmo presencialmente, nunca deixamos, ou mais ou menos, nunca deixamos. Não era aquele continuo, não é?</i> [Luísa:] <i>Não podia ser.</i> [Rui:] <i>Não era aquele contínuo, mas também não deixamos de ter ligação.</i> [Luísa:] (...) <i>nem conversávamos com ninguém, era por telemóvel.</i> (...) <i>assim ajuntamentos nada</i>” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>“<i>Falo, falo, com o mais novo falo que está cá, (...). Precisamos dele também. (...) nos socorremos é a ele. (...) para nos pagar no lar por aquilo, pelo computador. Porque ele [o marido] não sabe mexer naquelas coisas, e depois ele vem e ele é que paga. (...) O outro está para Lisboa não vem... Quer dizer, está lá mais longe, (...). É por telefone, (...). Quase todos os dias para cá telefona. (...) (..) meu pai e minha mãe já morreu, meus sogros também, a minhas avós também, já tudo nosso Senhor os levou. As minhas tias também (...). (...) com os meus filhos não deixo de falar, nem o mais novo cá deixa de vir a casa. Ele quando vem traz sempre a máscara também (...)</i>” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial); apoio da família</p>
<p>“(...) <i>é mais com os filhos.</i> De restos outros... <i>nem na rua falo para ninguém. Não tenho cá ninguém, só cá tenho um irmão e um filho, agora está tudo para fora. (...) Primos e assim, mas não falo muito para eles, passam-se meses que não os vejo. (...) Um [filho] está cá, quando preciso dele é que lhe falo, telefono-lhe para ver de alguma coisa que é preciso. (...) muitos [amigos] já morreram também, da minha idade muitos já morreram. (...)</i>” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial); apoio da família</p>
<p>“(...) <i>Anh sim, e continuei a mantê-lo [o contacto com a família]. Não mudei muito. (...) Tenho uma neta, a Diana (...). A Diana e o meu filho vêm aqui quase todos os dias, vêm aqui quase todos os dias. (...) Quando preciso de comprar o que me tem valido é o meu filho e ela [a neta] porque... eu sei fazer compras ainda, mas não posso pegar em pesos, (...). (...) mesmo assim vem com máscara e tudo também, e eu também a uso (...)</i>” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial); apoio da família</p>
<p>“(...) <i>Vem cá a minha nora, e o meu filho dos três, eu tenho cinco, os outros três estão na França, tenho cá só dois, a filha também me faz o que pode, vai buscar-me os medicamentos, vai-me pedir a receita, vai-me... faz o que pode também, assim como o meu filho. (...) Falo, falo. O que é cada um está na sua casa, nem cá tenho família também nenhuma, só tenho um irmão em Sameiro, as outras também está tudo para a França. (...)</i>” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial); apoio da família</p>
<p>“(...) <i>Falo. (...) Só tenho esta filha, netos é que tenho dois um menino e uma menina (...). (...) Costumo [falar com a filha], mas (...) ela [a filha] é visita de médico (...). É todos os dias, por telemóvel é todos os dias. (...) A minha filha é que vê (...) tudo, tem que ser assim, tem que ser assado, você já não, já não dá volta às coisas. (...)</i>” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Redes sociais reduzidas; manteve as relações durante a pandemia (telefone)</p>

	+ presencial); apoio da família
<p><i>“(...) vai em seis meses, morreu o meu marido e a vida continua. (...) eu praticamente não tenho família (...) Tenho dois sobrinhos, a minha família já morreu toda. (...) Não, nunca tive [filhos]. (...) E olhe de vez em quando veem cá os meninos (...). (...) têm saudades minhas, eu é que os criei (...) mas agora já ao tempo que não telefonam é porque não puderam vir. (...) veem cá, de passagem (...) e pronto seguem para Lisboa, não ficam cá. (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</i></p>	<p>Redes sociais reduzidas (vive em solidão ou isolamento); manteve as relações durante a pandemia (telefone + presencial)</p>
<p>Ligação à teoria: O envelhecimento e o avançar da idade dos indivíduos que faz com que os idosos assistam à morte ou ao afastamento dos entes queridos (Carneiro, 2013). Estas perdas e ruturas podem em certos casos, como os de Glória, Carlos e Miguel, conduzir ao isolamento do idoso (Rodrigues & Soares, 2006).</p> <p>A institucionalização conduz à ruptura com muitos laços afetivos importantes para o idoso (Faria & Carmo, 2015). As ERPI se assemelham às instituições totais, que se caracterizam por serem tendencialmente “fechadas”. Esse fechamento diz respeito a barreiras sociais com o mundo exterior sendo que essa separação se estende para as características físicas da instituição (Goffman, 1961). O que no caso da SCMM é observável através do recinto limitado por grades e muros, com portões e portas que se encontram fechadas e só podem ser abertas pelos funcionários do lar, pelo que os utentes não podem entrar e sair sem autorização. O fechamento da instituição com o exterior limita a comunicação, nomeadamente com os familiares e amigos, uma vez que não são permitidas saídas da instituição, e as visitas são limitadas pelos horários impostos pela instituição. Tal facto conduz à redução das redes sociais dos indivíduos institucionalizados. Contudo, apesar dessa diminuição das relações sociais com o exterior, com a entrada em ERPI os idosos são obrigados a conviver com outras pessoas (Faria & Carmo, 2015). Dessa convivência podem surgir situações de conflito, como o é observável nos discursos de Carlos, Miguel, Ângela, Manuela e Bárbara. Ou podem surgir vínculos afetivos, uma vez que estes encontram apoio nos próprios colegas através da troca de experiências e histórias (Dutra et al, 2016), aspeto esse presente nos relatos de Gonçalo, Orlando, Ana e Ângela que admitem manter relações de amizade dentro da instituição.</p> <p>Durante a pandemia, devido às medidas de proteção, assistem à ruptura com as redes sociais (United Nations, 2020a).</p> <p>O cuidado prestado pela família aos idosos contribui para a prevenção do isolamento social dos mais velhos (Rodrigo & Soares, 2006)</p>	
<p>○ (Impacto) Fechamento/Isolamento social</p>	
<p><i>“(...) nós nos separamos, ficamos isoladas (...). (...) Logo nos apertamos, eu fiquei sozinha isolada lá em cima, às vezes vinha aqui em baixo no corredor, descia as escadas ficava lá um pouquinho e subia. Era só assim, mais sozinha que acompanhada, de noite de dia. (...) foi quando dei o tombo (...) comia na salinha, e o quarto era só para dormir. E eu vivia deitada (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</i></p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Surto COVID-19 (aumenta o isolamento)</p>
<p><i>“(...) a gente não sai, nem tornamos a sair até ver. (...) andaram a controlar as pessoas. (...) Oh a gente não saía daqui... (...) a doença andava lá fora (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</i></p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade</p>
<p><i>“(...) deste corredor aqui era onde eu estava não apanharam o COVID-19, do outro lado apanharam, mas não sei quantas pessoas foi. Agora daqui, nós nem saíamos do quarto, quando chegava à porta do quarto e que estava lá uma empregada dizia-nos logo “Lá</i></p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na</p>

<p>para dentro, (...)” e toca de recolher (...). (...) o que queria era ir para casa, mas ao mesmo tempo tinha medo de ir para casa, com medo que me tornasse a dar outra coisa como me deu (...). (...) lembrava-se-me da minha filha que ela também estava fechada num lar da juventude em Gouveia (...). (...) Pensava, eu dizia assim “Queria sair como um passarinho que voava e ir a ver todos os meus (...)” (Ângela, 73 anos, 12^o ano, educadora social-reformada, ERPI)</p>	<p>instituição); Surto COVID-19 (aumenta o isolamento)</p>
<p>“(...) Eu não digo que não tome ar (...) tomo o ar que quero, mas o tempo também não tem ajudado também, uma pessoa está aqui fechada, já á muito tempo! (...) estamos aqui fechadas sem ter a liberdade para aqui e para além. Eu ainda graças a Deus vou tendo um pouco. Eu fui passar a Páscoa com a minha filha, a Páscoa (...) ou o Natal? Já não sei (...). (...) Quando estava cá esse mal? Sentia-me normal, não era nada comigo. (...) Olhe, não fazia nada. (...) Vi que andava para aí muita gente doente, tiveram... tiveram isoladas, de resto, comigo não se passou nada, não posso falar. (...) Também ainda fiquei no quarto isolada, (...). (...) estava ali fechada como o cão. (...) iam-me lá por o comer (...) tinha a cama ao lado. Quando era à noite deitava-me, pronto, passava assim. Vida de cão mesmo (...)” (Ana, 89 anos, 1^o ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Surto COVID-19 (aumenta o isolamento)</p>
<p>“(...) anda a gente aqui, só aqui metido e já há muito tempo que daqui não sai e estando aqui metido as pernas até andam a tremer (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade</p>
<p>“(...) também lá andei [nas aulas fornecidas pelo lar], acabou aquilo por causa da doença que veio. Os professores também tiveram medo e depois deixaram de vir. (...) gostava daquilo” (Carlos, 85 anos, 1^o ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Fim de atividades</p>
<p>“Agora ultimamente não tenho tido por indicação do próprio provedor. (...) por ordem dele porque tem, digamos a sensação de que passa a vir gente de fora porque eu celebrava todos os sábados. (...) eles têm um bocado de medo abertas as portas à tentativa das pessoas de fora de virem (...). (...) as pessoas que vinham no sábado vinham de fora, enchia-se a capela e isso fazia... perigo... criava perigo. Depois eu comecei também a adoecer e não temos tido missa, mas eu se recuperar um pouco... celebrar missa só para a capela... só da capela para as pessoas aqui da casa queria fazê-lo. Estou em pausa. (...)” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Fim de atividades</p>
<p>“Não ia tanto à vila, não ia tanto à vila. (...) tenho medo, porque há pessoas que não põe máscara e chegam-se ao pé de nós (...). (...) Conviver, estarmos a falar perto das pessoas. Toda a gente foge uns dos outros (...) tenho falta de conviver. A gente assentava-se numa mesa quando a gente vai ao pão (...). Às vezes íamos lá a tomar o pequeno-almoço. E ia quase todos os dias à vila também (...) pouca gente cá vem, perguntam por mim, mas não veem cá. (...) têm medo, têm medo de entrar. (...) Vivemos com medo uns dos outros. Será que ela está bem? Será que a outra está mal? A gente não sabe (...)” (Licinia, 69 anos, 2^o ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade; Medo do outro</p>

<p>“(…) antes da pandemia? Olhe eu saía, fazia a minha vida, tinha ginástica. Fazia ginástica ali no pavilhão da Câmara e ia para o terreno, colhia azeitona, apanhava-a, fazia tudo o que eu pudesse. (…)” (Licinia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	
<p>“Eu a única coisa que tive foi não sair, (… mas notei muita diferença porque atralhei-me muito o andar... (… antigamente dava a volta, agora tenho que ir com a minha mulher porque me falta equilíbrio (… Antigamente fazia duas vezes de manhã e à tarde, depois a pandemia custa mais andar, o pé perde o equilíbrio, só vou com a minha mulher (… […o que mudou na sua vida?] Foi o andar, o passeio. E o contacto com a gente. (… não saía, também não tinha contacto com a gente, e evitava mesmo...por vezes tinha medo de ir dar a volta porque havia pessoas que me iam tocar e que estavam mesmo ao pé de mim (… (… É o convívio da gente, mesmo aqui na rua os amigos falavam e a gente tocava-se era um cumprimento e que agora não (… tem que se aguentar.” (Cristiano, 86 anos, 1º ciclo completo, mecânico-reformado, SAD)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade; Medo do outro</p>
<p>“[Luísa:] Só que nós fomos umas pessoas que fechamo-nos muito em casa, não íamos para a rua nem nada, nem conversávamos com ninguém, era por telemóvel. (… assim ajuntamentos não, não saíamos de casa. Sempre fechados em casa (… (… [Rui:] Foi uma mudança radical. (… O convívio com as pessoas, para o não convívio, não tem, não tem... explicação uma coisa para a outra, não é? [Luísa:] (… porque gostávamos de conviver e assim (… Agora não convivemos como convivíamos dantes, fazíamos festas em casa e assim. Não houve mais festas em casa. Acabou tudo. (… sentimos falta do convívio, das pessoas irem a casa, e agora não vão porque têm medo. Nós também temos medo. Sinto a falta desse convívio. (… [Rui:] Olha muitas vezes a olhar um para o outro e a ver televisão. [Luísa:] Era a ver televisão, e chegava à varanda a ver se via alguém... (… Chegava-me pena a ver, porque não estava habituada a ver assim... chegava à varanda “Olá bom dia. Tudo bem? Tã ti”. Agora não há nada, está tudo mudado. Mudou tudo (… é uma tristeza. (…)” (Luísa e Rui, 75 anos, 1º ciclo incompleto, operários fabris-reformados, SAD)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade; Medo do outro</p>
<p>“(…) Antigamente a gente ajuntavam-se às portas e ajuntava-se muita gente a trabalhar (… (… [...deixou de falar com alguém...?] Ó os vizinhos, agora já não há vizinhos. (… Cada um lá se mete na sua, e lá estão cada um nas suas casas (… o mal não se vê e depois elas coitadas também se veem assim. Olha cada uma gira para seu lado.” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade</p>
<p>“(…) nem na rua falo para ninguém. (… pouco saio de casa (… (… Evito-me de andar com gente (… Mas antes da pandemia andava para fora com malta ainda me entretinha, mas agora não desde que veio isso não tornei a andar com malta. Não tornei a entrar em café nenhum. (… não gosto cá de andar no meio da malta (… Todos tinham medo por causa de andar assim com muita malta juntos é um problema. Então eu não consigo andar com maltas. (… porque podia apanhar (… então evitava de andar com a malta, evitava andar. (… agora não saio de casa. (… [E sente falta de sair de casa?] Falta sinto, mas não posso. (… Por causa das pernas e da saúde. (… Olhe meteram-me em casa. (… Agora desde que veio esse mal comecei a evitar (… andar na rua pronto (… (… tenho amizades com pessoas que agora não torno a andar com elas. (… sentado, ia ali para fora para o banco, ou sentado ou para aqui e para além, aqui me entretenho. (… Ó sentia que estava preso (… era como estava detido na cadeia, não podia ir para</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade; Medo do outro</p>

<p>lado nenhum. (...) sentia falta da companhia estava habituado a andar com a companhia (...) quando estive fechado em casa custou-me um bocadinho, custou-me ficar preso roubaram-me os amigos aqui e além que nos juntávamos e tal.” (João, 84 anos, 1º ciclo completo, agricultor-reformado, SAD)</p>	
<p>Aqui um bocadito mais encordilhada em casa, a gente saía mais à rua, mais à vontade, e agora a gente vai sempre com receio, vai sempre com medo. (...) evitava de ir à rua (...) cheguei aqui a estar se calhar três meses ou mais enclausurada. (...) diziam que não saíssemos, (...) a gente estava sempre também com receio de sair. (...) Olhe aqui assentada, era a minha vida (...). (...) só nos dias assim (...) que do lar disseram mesmo para a gente não sair de casa, aí parei. (...) agora de resto saía (...). Embora a gente estivesse com as pessoas estava lá cada uma em seu lado (...)” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade; Medo do outro</p>
<p>“Sinto falta do convívio. (...) Parece que nem há pessoas para ver. (...)” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Isolamento = Solidão + Fechamento (em casa ou na instituição); Sedentarismo (diminuição da autonomia e mobilidade); Stress e ansiedade</p>
<p>Ligação à teoria: O isolamento social está associado a distúrbios emocionais, stress, irritabilidade, insónias e maiores taxas de suicídio na população idosa (Sepúlveda-Loyola et al, 2020), assim como maiores riscos de depressão e maiores níveis de ansiedade (Chen & Outros, 2020). Em tempo de pandemia, a falta de apoio familiar e social e a existência de limitações funcionais aliadas ao isolamento social dos idosos, causados pelo fechamento em casa ou na instituição, podem levar estes indivíduos a desenvolver hábitos não saudáveis (Jones, 2020), como comportamentos sedentários e diminuição ou ausência da atividade física (Sepúlveda-Loyola et al, 2020). O sedentarismo proveniente do isolamento poderá ter efeitos negativos na vida dos idosos, nomeadamente através do aumento de multiformidades e consequentes taxas de incapacidade, de hospitalização e da mortalidade deste grupo (Sepúlveda-Loyola et al, 2020). Os apelos (e em alguns casos a obrigatoriedade) de permanecer em casa fizeram com que muitos idosos passassem mais tempo sozinhos (Berg-Weger & Morley, 2020), diminuindo as redes de apoio e os serviços sociais, acabando com a participação em grupos comunitários, atividades familiares e em grupos de exercícios ou grupos religiosos durante a pandemia (Sepúlveda-Loyola et al, 2020).</p>	
<p>o (Impacto) Dificuldades de acesso a cuidados de saúde</p>	
<p>“(...) Tenho aqui este, preciso de ir ao dentista, não posso sair, quebrou-se. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Medo de ser contaminado + medidas de contingência = menos procura</p>
<p>“(...) tenho um bocadinho de falta de ouvido sabe? Precisava de ir ao especialista, mas agora não tenho lá ido, estou a ver se passa mais isto assim, a ver se isto se compõe, a ver isto se compõe de vez, para a gente poder sair. (...)” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>Medo de ser contaminado + medidas de contingência = menos procura</p>

<p>“Só quando vim [do hospital] tinha que ter uma ajuda para ginástica. (...) nos serviços continuados há, mas estava tudo muito complicado por causa da COVID. (...) E sinto a falta da ginástica eu. Por exemplo levantar os braços, e andar, faz-me falta a ginástica. Também ainda não abriu acho eu. (...)” (Lícinia, 69 anos, 2º ciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Adiamento ou suspensão de cuidados não COVID-19</p>
<p>“(...) Agravou que eu de dois em dois meses ia ao médico e depois fui passada um bocadinho para trás, porque tiveram que acudir mais aquelas pessoas da pandemia (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Adiamento ou suspensão de cuidados não COVID-19</p>
<p>Ligação à teoria: Concentração de recursos de saúde em cuidados COVID-19 durante a pandemia que conduz à escassez de força de trabalho e à redução ou até mesmo suspensão de serviços de saúde essenciais não relacionados a esta nova doença, nomeadamente a suspensão de cuidados paliativos, de reabilitação e outros tipos de cuidados muito procurados pela população idosa. Essa interrupção destes serviços e a concentração de recursos de saúde no COVID-19 levou à marginalização das pessoas idosas e criou (ou agravou, em alguns casos) barreiras à obtenção de serviços de saúde para as suas condições crónicas pré-existentes. (United Nations, 2020a, Goldblatt, 2020). A dificuldade de acesso é também influenciada pelo medo de ser contaminado e pelas medidas de contingência, como a proibição de circulação na via pública ou o autoisolamento, desencorajando os indivíduos de procurar cuidados de saúde (Goldblatt, 2020). Maior vulnerabilidade dos mais velhos deixando-os sujeitos a riscos e agravando os seus estados de saúde (United Nations, 2020a, Goldblatt, 2020).</p>	
<p>• A experiência subjetiva de ser idosos e ter COVID-19</p>	
<p>○ Ser idoso e ter COVID-19</p>	
<p>“Oito dias na cama, custou um bocado, tinha que ficar na cama. (...) às vezes levantava-me (...) Eu (...) pensava isto “Aí isto são uns vírus, isto já me passa”, e bem-dito bem feito, não tive mal muito tempo (...) A mim passou-me por alto, mas ainda tive de cama, mas há pessoas que morrem” (Carolina, 81 anos, analfabeta, doméstica-reformada, ex-doente COVID-19)</p>	<p>COVID-19 ligeira sem hospitalização</p>
<p>“(...) eu já estive apanhado pelos vírus aqui à coisa de três meses tive que ir... tive internado no hospital da Guarda, estive lá alguns 15 dias ou mais, (...). Vim de lá bom e pronto. (...) de um dia para o outro senti aqui na garganta como é que era uma espécie de gripe, eu dizia que (...) passava de um dia para o outro. Tomei um remédio e não passou (...) estavam aqui a analisar as pessoas (...) lá acusei fui logo para o hospital, lá me curaram e de lá vim para aqui outra vez. (...) uma pessoa quando se sente uma doença conta o pior ainda, então nós vemos todos os dias morrer tanta gente com o vírus (...). Podia ter morrido se eu não me rescindo e não vinha a tempo aqui a ver se era ou não. (...) lá [no hospital] passava era muita fome, davam-me só assim só um cacholinho de uma papa como a que era logo de manhã... eu vim de lá eu nem podia andar, é verdade. Não podia das pernas, cheguei aqui eu nem podia ir para o meu quarto (...). (...) as pernitais com a idade começam a faltar já. (...) Lá me limpavam vim outra vez para aqui (...) Sinto-me bem, sinto, sinto como antes disto me começar, sinto-me bem (...)” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>COVID-19 grave com hospitalização geral; Atenção aos sintomas para atuar assim que os sente; Sequelas na saúde, mas associadas à velhice</p>
<p>“(...) a minha mulher andava meia doente (...) Veio aqui em cima a enfermeira disse que acusava o bicho (risos). (...) depois vieram-me cá (...) fazer exames, acusou-me, lá fui também lá por baixo. Porreiro, mas só uma noite é que me começou assim maldisposto cá por dentro, a tremer, a tremer, maldisposto. Ainda tive para chamar as empregadas (...) Mas aquilo depois passou-me e mais nada, foi aquilo que senti. Nem foi grande coisa, nem foi assim dores de coisa, senti-me maldisposto e a tremer e mais nada. (...) pensava</p>	<p>COVID-19 ligeira sem hospitalização</p>

<p>que era o bicho, que era o mal, como aí andava pensei isso. (...) A gente já não anda cá a fazer nada. (...)” (Miguel, 84 anos, analfabeto, mineiro-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	
<p>“(…) Eu não chego a saber se tive a doença do vírus se não tive, não cheguei a saber. (...) Não. Não [tive sintomas] (...) pensei que tinha o vírus... (...) Aceitava tudo o que vinha, embora custasse a aceitar (...) Não... não cheguei a dar-me conta de... do negativo dentro da casa. Eu não cheguei a dar-me conta de... vacinações, o... tratamentos da casa” (Pedro, 88 anos, licenciado, padre, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>COVID-19 ligeira sem hospitalização; Dúvida</p>
<p>“(…) Eu estive mesmo mal. Eu é que não me lembro do mal, só me lembro de estar numa cama lá (...). (...) quando tive na COVID tiraram-me o telemóvel. Nem dentes tinha nem nada, fiquei desnuda. Não tinha contacto com ninguém. (...) comecei a sentir-me mal, sem ar, e disse a ele (...) “Chama uma ambulância que eu estou a morrer”, e não dei conta de mais nada. (...) Não tinha oxigénio, e depois estive nos cuidados intensivos ou foi mesmo em coma, (...). (...) só me vi na cama, toda destrambelhada. (...) Foi um bocado doloroso. (...) tinha fé e querer vir para casa. Nunca pensei em morrer. (...) Só que quando vim para aqui, vou assim “Mau isto aqui está complicado”. (...) (...) não tinha forças. Quando vinha as escadas acima, cansada, cansada, cansada. Fiquei muito cansada desta porcaria. (...) Na maneira que estava sem oxigénio nem nada, ainda lhe acudi a tempo. (...) Eu nem me inclinava nem nada, queria me endireitar e não conseguia, caía mesmo, nem encostada eu conseguia-me ter. (...) não fiquei 100%. (...) não consigo fazer a minha vida. (...) Tenho medo que caia e depois é muito complicativo. (...) não vinha em condições de fazer nada... (...) Mas isto aqui foi como é que era uma eletricidade no corpo, tudo escangalhado, é como era tudo a tremer cá por dentro, não sei explicar como é que era. (...) Mas agora já não tremo tanto (...) Era próprio da fraqueza de certeza (...). Ainda passei aqui uma noite do carago. Eu pensava que era alguma gripe ou falta de ar ou alguma coisa, mas afinal foi aquela porra. (...) Sei que fui internada com isso, mas quando fui daqui nunca pensei que era isso. (...) eu lá não tinha cabeça (...) a cabeça que estava fraca. (...) Não andava, deixei de andar. E foi muita coisa junta. (...) [Eu] Dizia-me: será que eu vou avante? Ó bolas apanhei um susto quando me disseram “Você está aqui na COVID”, (...) eu nunca pensei que fosse ali cair (...) vou assim “Aí o carago que já estou cozida, já não saio daqui (...)” (Licínia, 69 anos, 2ºciclo, operária fabril-reformada, ex-doente COVID-19, SAD)</p>	<p>Hospitalização (grave); Atenção aos sintomas para atuar assim que os sente; Sequelas na saúde, que levam à alteração do self e impactam a vida da idosa</p>
<p>Ligação à teoria: Segundo Medeiros (2012), dentro das ERPI assistir-se à infantilização do idoso. O que leva o grupo dos gerentes a ocultar informação acerca do contexto dentro e fora da instituição e até mesmo dos estados de saúde dos utentes sob o pretexto de proteção que leva os utentes a desconhecer o que realmente se passa.</p> <p>Tendência do género masculino para ignorar a dor, os sintomas e não pedir ajuda (Augusto, 2013). Além disso ao tomarem esta posição as racionalidades leigas parecem ter acompanhada as mudanças que ocorreram ao nível da medicina. Em que, segundo Raposo & Areosa (2009), a medicina torna-se deixa de ser uma atividade apenas orientada para a prevenção, o diagnóstico e tratamento, assistindo-se à mudança para uma medicina da vigilância, predição e gestão do risco (Raposo & Areosa, 2009). Onde os indivíduos são “biocidadãos” (Mendes & Ferreira, 2013) que estão em constante vigilância dos seus estados de saúde e que devem fazer a gestão do risco, a monitorização e avaliação dos seus estados de saúde através do autoescrutínio e do autocontrolo que como vimos anteriormente são uma forma de monitoramento dos indivíduos (Luiz & Cohn, 2006) e de “governo à distância” (Lupton, 1999b).</p>	
<p>• Serão os impactos da COVID-19 sentidos de igual forma por todos os idosos?</p>	
<p>○ Estilos de vida</p>	

<p>“(...) O que faço aqui no lar? Olhe ajudo a dar de comer para os doentes, ajudei muito nas mesas no refeitório. (...) Já ajudei um pouquinho. Encho as garrafas, e ponho os guardanapos (...). (...) sempre distraio um pouquinho. Ajudo às vezes os doentes (...). (...) Os meus dias agora passo-os lá em baixo com os doentes, é... dou de comer para os doentes, é como eu já falei. (...)” (Bárbara, 94 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Estilo de vida: formalmente administrada + limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior</p>
<p>“(...) A minha vida aqui no lar como é que é... é comer e beber e passear na rua. Agora não. (...) até ia assim um bocadinho passear e temos o quintal. Temos aqui o quintal, com quem eu me dava gostava de ir dar um passeiozinho. (...) faço a vida normal. Tenho feito sempre a vida normal (...) aqui em cima separaram-nos, não é? Não se podia estar junto. Que eu também não sou muito de estar perto com as pessoas, às vezes ainda estão aqui umas colegas que eu gosto de me dar com elas. (...) E quando às vezes venho ou assim assento-me ao lado delas... (...) São três [cadeiras] pegadas aqui ao pé da farmácia, assento-me às vezes um pouquinho ao pé delas, a conversar, a conversar.” (Ana, 89 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Estilo de vida: formalmente administrada + limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior.</p>
<p>“(...) Olhe às vezes a D. Liliana chama... ontem foi ginástica, hoje às quatro horas rezamos o terço, e... e elas andaram a fazer... agora, foi pela Páscoa (...)? (...) Fazer um coelhinho para oferecer a cada pessoa, (...) e a gente vai para lá ajudar a cortar ou a colar. (...) E passa-se assim o tempo, olhe estamos ali assentadas. (...) [o que mudou na sua vida?] Igual. É igual. É igual minha filha. (...) é igual, fazia igual (...)” (Manuela, 85 anos, 1º ciclo incompleto, operária fabril-reformada, ERPI)</p>	<p>Estilo de vida: formalmente administrada + limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior</p>
<p>“(...) às vezes vejo um doente muito mal, quando não há nenhuma menina para o apanhar já lhe tenho valido. (...) ele está quase a cair eu ponho-lhe as mãos e levanto-o e tiro-o às vezes do piso. (...) Não mudou nada, foi só ter que vir aqui, ser internado para me curar, curei-me, voltei para aqui. (...) Fazia e faço igualmente. (...) Não. Eu o que fazia faço-o agora (...). (...) passo aqui a tarde toda na sala, só ao fim de jantar é que vou para baixo, o jantar é às sete menos um quarto, ao fim de jantar vou...” (Orlando, 87 anos, 1º ciclo incompleto, operário fabril-reformado, ex-doente COVID-19, ERPI)</p>	<p>Estilo de vida: formalmente administrada + limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior</p>
<p>“(...) A minha vida olhe é estar assentado na cadeira desde que me levanto até que me deite, é assim. (...) é a ver a televisão, hoje não. Ontem e hoje tenho estado a jogar às cartas (...) até ao jantar. Ao jantar, janto e está o dia pronto, o dia acabado. (...) Eu não faço nada, o que é que eu faço? Olhe é passar as horas. (...) Aqui estamos nas quatro paredes e passa-se o tempo. (...) Fazia [as mesmas coisas], então eu não faço nada. Olhe, é só passar as horas (...)” (Gonçalo, 93 anos, analfabeto, operário fabril-reformado, ERPI)</p>	<p>Estilo de vida: formalmente administrada + limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior</p>
<p>“(...) Olha passando, o pensamento aqui e além. (...) Sempre na mesma. (...) Não faço nada, desde que me apareceu esta doença, arrumou-me e pronto estou arrumado. (...) só vou fazer ginástica quando me chamam (...)” (Carlos, 85 anos, 1º ciclo incompleto, agricultor-reformado, ERPI)</p>	<p>Estilo de vida: formalmente administrada + limitada ao espaço físico interior e fechada em relação ao exterior</p>

<p>“(…) quando posso ando sempre a limpar, sempre a limpar (...). (...) em casa, às vezes ainda me aqui sentava um bocadinho, outras vezes varria. É muito raro eu sair de casa. Eu não saio de casa. (...) Ó não mudou nada, eu já estava em casa, em casa fiquei. (...) Aqui fico sempre (...). Ou eu não, já não faço nada (...)” (Cátia, 84 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Mantiveram os contactos sociais; Estilo de vida: inativa em casa (devido aos estados de saúde)</p>
<p>“(…) Ó a minha vida mudou pouco, fez mais diferença para... para os estudantes, para quem trabalha e coisa, eu como já estou nesta idade e já não saía assim muito não agravou assim tanto. (...) deixei porque eu já tenho problemas há muitos anos, agora por causa do COVID-19 eu não deixei de fazer nada. (...) Também o tempo não estava bom e assim (...) como passei sempre, eu já estava habituada, não ia passar férias, não ia para a praia, não ia para aqui não ia para além. Nada, não mudou quase nada querida. A minha vida para mim com a pandemia mudou quase zero. (...)” (Paula, 72 anos, 1º ciclo completo, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Mantiveram os contactos sociais; Estilo de vida: inativa em casa (devido aos estados de saúde)</p>
<p>“(…) É como agora. (...) Tudo igual. (...) Eu mesma (...) nunca fui de sair (...) eu sinto-me bem mesmo assim em casa, por isso não me causava diferença nenhuma (...). (...) Saio de casa, quando está solinho quentinho (...), só nos dias (...) que (...) do lar disseram mesmo para a gente não sair de casa, aí parei. (...) agora de resto saía (...). (...) era sempre o mesmo, todos os dias o mesmo.” (Vera, 83 anos, analfabeta, operária fabril-reformada, SAD)</p>	<p>Mantiveram os contactos sociais; Estilo de vida: inativa em casa (devido aos estados de saúde)</p>
<p>“(…) pouco ando porque tenho falta de mobilidade (...) os anos também vão passando, mas não é só isso, foi desde que apanhei Parkinson. (...) Eu não abalo daqui. (...) não vou assim muito para a rua. (...) Ó o que mudou? Olha é... não sei o que hei de dizer. (...) Pois já estamos reformados e assim, uma vida parada. (...) Se deixei de fazer? Não, o normal. (...) Olha a ver televisão (...)” (Matilde, 75 anos, 1º ciclo completo, talhante-reformada, SAD)</p>	<p>Mantiveram os contactos sociais; Estilo de vida: inativa em casa (devido aos estados de saúde)</p>
<p>“(…) ando com o cão, olhe vou para o quintal e semeei umas batatitas ali no quintal, e tenho quatro galinhas. (...) sexta-feira vou ao lá em cima buscar a carne para o cão (...). (...) ver um bocadinho de televisão, e cá vou ocupar (...). (...) Olha não mudou nada (...) eu faço poucas coisas, estou sempre em casa, não é? (...) também já sou velha para isso, o meu tempo passo-o ali (aponta para o jardim), venho de manhã tenho que limpar a casa por causa do cão, e depois faço qualquer coisa de comer pode não me agradar o da Santa Casa. (...)” (Glória, 98 anos, analfabeta, criada de servir-reformada, SAD)</p>	<p>Isolamento; Estilo de vida: vida agrícola</p>
<p>Ligação à teoria: As ERPI assemelham-se a instituições totais, e este tipo de instituições têm um funcionamento e uma rotina altamente estruturada e regida pelo grupo dos gerentes (Faria & Carmo, 2015). Assim, com a institucionalização o internado vê-se obrigado reorganizar o seu quotidiano (Dutra et al, 2016), e é desprovido da possibilidade de planear o seu dia, perdendo os papéis sociais que outrora ocupava, a liberdade de escolha e a possibilidade de tomar “decisões “adultas”” (Goffman, 1961; p.46). Neste tipo de instituições todas as atividades são realizadas seguindo um horário rigoroso e numa sequência imposta pelo topo da hierarquia (Goffman, 1961), como tal os utentes estão habituados a aceitar as rotinas que a instituição lhes impõe sem muitas explicações, uma vez que também a informação que chega aos idosos em ERPI, como é o caso da informação acerca da pandemia e do contexto que atravessam fora e dentro da instituição, são condicionadas pelo grupo dos gerentes, ou seja, pelos funcionários do lar, que selecionam a informação que chegará (ou não) aos utentes. O carácter fechado destas instituições que faz com que a vida destes indivíduos se concentre dentro dos limites físicos da instituição havendo, segundo Goffman (1961), uma separação rigorosa entre o local em que toda a vida do indivíduo se desenrola e o mundo exterior.</p>	