

Jacqueline Marques & Mónica Teixeira (2021). Autoavaliação da saúde de idosos em contexto de pandemia - estudo de caso. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, vol. I, pp. 81-89.

DOI: 10.34640/universidademadeira2021marquesteixeira

ISBN: 978-989-8805-63-8

Nota de edição: Respeitou-se a norma ortográfica seguida pelos Autores.

© CDA, Universidade da Madeira

O conteúdo desta obra está protegido por Lei. Qualquer forma de reprodução, distribuição, comunicação pública ou transformação da totalidade ou de parte desta obra carece de expressa autorização dos editores e dos seus autores. Os capítulos, bem como a autorização de publicação das imagens, são da exclusiva responsabilidade dos autores.



Autoavaliação da saúde de idosos em contexto de pandemia - estudo de caso

JACQUELINE MARQUES¹

MÓNICA TEIXEIRA²

¹Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

²Instituto Superior de Serviço Social do Porto

jacqueline.marques@ulusofona.pt

enviado a 26/01/2021 e aceite a 22/03/2021

Resumo

A percepção que cada idoso tem do seu estado de saúde é um fator fundamental no entendimento da qualidade de vida e deve ser considerado aquando das intervenções sociais. A saúde é uma das principais preocupações dos idosos, já que existe nessa fase da vida uma alteração da capacidade funcional e, conseqüentemente, uma maior sensação de fragilidade e dependência. O objetivo deste estudo foi analisar a saúde percebida de um conjunto de idosos que frequentam Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário, assim como, a sua comparação com o ano anterior, com o grupo de pares e com o impacto da Pandemia. Efetuamos um inquérito por questionário. Verificamos que existe uma relação entre o género e a autoavaliação do estado de saúde, sendo as mulheres que maioritariamente efetuam uma avaliação negativa. A maioria dos idosos apresentam o valor “aceitável” para autoavaliar a saúde, segue-se os idosos com uma visão negativa da sua saúde e, apenas, um número muito reduzido considera esta ser positiva. Quando o estado de saúde foi comparado com o ano anterior a maioria considera estar “mais ou menos igual” demonstrando um processo adaptativo ao envelhecimento, seguindo-se os que consideram que o estado de saúde tinha piorado em relação ao ano anterior. Dos idosos inquiridos 38,1% consideram que a pandemia teve um impacto na sua saúde. Todas eram do género feminino e integravam o Centro de Dia, resposta social que sofreu grandes alterações com a pandemia. Maioritariamente estas idosas consideram que o maior impacto desta pandemia foi ao nível psicológico.

Palavras-chaves: Envelhecimento; saúde percebida; qualidade de vida; pandemia.

Abstract

The perception that each elderly person has of his or her health status is a key factor in understanding the quality of life and should be considered during social interventions. Health is one of the main concerns of the elderly since there is a change in functional capacity and, consequently, a greater sense of frailty and dependence. The objective was to analyse the perceived health of a group of elderly people attending the Day Care Centre and Home Care Service, as well as their comparison with the previous year, with the peer group and the impact of the Pandemic. We surveyed by questionnaire. We found that there is a relationship between gender and self-assessment of health status, with women being the ones who mostly make a negative assessment. The majority of the elderly described their health as “acceptable”, followed by those with a negative view of their health and only a very small number considered it to be positive. When compared with the previous year, most considered to be “more or less the same”, showing an adaptive process to ageing, followed by those who considered that their health condition had worsened compared to the previous year. Of the surveyed elderly 38.1% considered that the pandemic had an impact on their health. All were female and were part of the Day Care Centre, a social response that suffered major changes with the pandemic. Most of these elderly women considered that the greatest impact of this pandemic was at the psychological level.

Keywords: Ageing; perceived health; quality of life; pandemic.

Introdução

O século XXI iniciou com desafios diversos, alguns nunca vivenciados. Um dos desafios colocados aos países desenvolvidos refere-se ao envelhecimento, a forma como queremos e devemos cuidar e encarar esta fase da vida que, em países como Portugal, constitui uma fatia substancial da população. Segundo dados do INE/PORDATA a população residente em Portugal, com mais de 65 anos, no final de 2019, era de 2.280.424 indivíduos, ou seja, cerca de 22,2% da população residente em Portugal nesse ano. Sabemos ser um país envelhecido onde há já muito tempo ultrapassamos o ponto de equilíbrio na relação entre população jovem (com menos de 15 anos) e a população com mais de 65 anos, estando o índice de envelhecimento, em 2019, no valor de 161,3%. Obviamente que o facto de vivermos mais anos é um indicador positivo, apenas possível pela melhoria considerável da qualidade de vida da população portuguesa nas últimas décadas. No entanto, sabemos hoje que muitos destes idosos, por razões objetivas ou subjetivas, não envelhecem com qualidade e apresentam um conjunto de doenças e em muitos casos de dependência¹.

O envelhecimento envolve um conjunto de alterações biológicas, morfológicas, psicológicas e sociais, que ocorrem de forma contínua e, em regra, irreversível. Estas modificações, de acordo com Santos (2010, p. 1036), são variadas:

As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista.

Todas essas alterações provocam, em regra, um declínio das funções orgânicas em geral. Este declínio não decorre da mesma forma em todas as pessoas e varia de indivíduo para indivíduo com a influência de diversos fatores, como sejam o ambiente em que se vive, a situação socioeconómica, os hábitos e estilos de vida, entre outros (Papaléo, 2002). Cada contexto e história de vida particular influencia os estilos de vida, a forma de envelhecer, o modo como se encara e o significado atribuído a esse processo. Esta complexidade implica que a velhice seja entendida na sua globalidade, o que inclui a dimensão biológica, social, cultural e, como refere Queiroz e Sousa (2010, p.408) uma “dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história”.

A subjetividade na forma de encarar o envelhecimento interfere com a forma como o sujeito encara o seu estado de saúde. Diversos estudos demonstram a relação que existe entre as condições objetivas e subjetivas na qualidade de vida dos idosos (Neri, 1993). Como fatores objetivos podemos referir as condições de saúde, grau de escolaridade, situação económica, entre outros. Fatores fundamentais, mas que não esclarecem sobre a percepção que o sujeito possui da sua vida e do impacto dos referidos fatores para ele (e sua vida). Os fatores subjetivos procuram compreender essa compreensão e podem encarar fatores como história de vida, o

¹O índice de dependência dos idosos era de 34,2% em 2019 (PORDATA, 2021)

estado psicológico, reações afetivas, satisfação com a vida, saúde percebida, entre outros (Diener; Suh, 1997).

A saúde percebida é uma das formas comumente utilizadas para compreender a qualidade de vida percebida dos idosos. O conceito de saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz a respeito da qualidade de sua saúde e pode ser analisada tendo em conta o passado, o presente e o futuro. Trata-se de um conceito que segundo Ferreira, Izzo e Jacob (2007, p.155) apresenta

“uma integração individual de muitos aspectos de saúde, entre eles a competência comportamental (dimensão social) e o sentido de auto-eficácia (dimensão psíquica), ou seja, com o senso da pessoa de que ela é capaz de executar os comportamentos necessários para produzir os resultados que deseja”.

Trata-se, pois, de uma avaliação subjetiva que cada sujeito faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental, podendo incluir uma avaliação, em termos comparativos, da capacidade funcional atual e passada, e de uma avaliação (individual e subjetiva) de aspetos como a capacidade de realizar determinadas tarefas, o status funcional e o status de saúde (Teixeira; Neri, 2008). Em regra, as formas mais comuns de cada um integrar a sua “saúde percebida” é feita através de fatores como existência de doenças, o volume de consumo de medicamentos, a presença de dor e de desconfortos, modificações do estado cognitivo, diminuição da capacidade física (Steinhagen-Thiessen; Borchelt, 1999). Note-se que a idade não implica uma homogeneidade na percepção do estado de saúde, já que no mesmo grupo etário podem ser diversas as formas de o perceber, o que se relaciona, como já referido, com a complexidade e heterogeneidade do processo de envelhecimento.

Podemos considerar que o estado de saúde percebido de cada idoso pode ser uma forma para compreender a capacidade/incapacidade funcional dos mesmos. Para Pitanga (2010) existe duas formas de encarar a saúde, por um lado, a positiva que se relaciona com capacidade de cada um desenvolver as funções e responder aos desafios quotidianos, bem como a atitude positiva perante a vida; por outro lado a negativa, que pelo contrário, se associa a morbilidade e, em última instância, à mortalidade.

O objetivo deste estudo foi analisar a saúde percebida de um conjunto de idosos, de modo a compreender a autoavaliação que fazem do seu estado de saúde atual, assim como a sua comparação com o ano anterior e com o grupo de pares. Para além disso, procuramos entender de que modo o conceito de saúde percebida foi modificado com o atual cenário de Pandemia. A consequência, por um lado, do isolamento imposto e, por outro lado, do cancelamento de atividades ocupacionais (lazer, lúdicas, físicas, de motricidade, etc.), poderão ter contribuído para a deteriorização do estado funcional de muitos idosos e, por isso, para o aumento da percepção negativa que os mesmos possuem da sua saúde.

Metodologia

Os resultados do trabalho que aqui apresentamos foram desenvolvidos a partir de uma investigação descritiva. Para o efeito, optamos pelo inquérito por questionário como instrumentos de recolha de dados. O inquérito foi dividido em três dimensões: a 1ª dimensão refere-se à informação sociodemográfica dos inquiridos; a 2ª dimensão integra a autoavaliação

do estado de saúde. Para o efeito foi utilizada uma versão adaptada do questionário Autoavaliação da Saúde (Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999, Adapto). O questionário sobre autoavaliação da saúde utilizado foi retirado do “The European Survey on Aging Protocol – versão portuguesa (Paúl et al., 1999). Tem como objetivo avaliar os índices de saúde percebida em grupos de indivíduos com idade avançada, com competência associada ao processo de envelhecimento; a 3ª dimensão refere-se à relação entre a saúde e a pandemia, onde se solicitou aos inquiridos que identificassem a influência da Pandemia no seu estado de saúde e a forma como essa influência ocorreu.

A população inquirida foi constituída pelos utilizadores de Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) de uma Instituição Particular de Solidariedade Social do centro do país. O número total de utilizadores dessas respostas sociais era de 25 e 23 respetivamente, dos quais foram selecionados 30 de acordo com os seguintes critérios de inclusão: não apresentarem diagnóstico de demência, capacidade de autopreenchimento do questionário ou apoio no preenchimento do mesmo e vontade expressa em participar (com declaração de consentimento informado). Deste modo, foram selecionados 13 utilizadores de Centro de Dia e 17 de Serviço de Apoio Domiciliário. Os questionários foram entregues aos participantes pessoalmente.

Inicialmente elaboramos uma análise estatística dos dados para de seguida interpretar os resultados a partir da revisão da literatura existente.

Apresentação e discussão dos dados

Dos 30 inquéritos por questionários enviados foram preenchidos 25, dos quais eliminamos 4, ficando a amostra com um número final de 21 participantes. Destaca-se como principal motivo para a eliminação dos mesmos o seu preenchimento incompleto e não preenchimento do consentimento informado. Assim sendo, a amostra integra 10 utilizadores do Centro de Dia (CD) e 11 do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), num total de 21 idosos.

Relativamente ao género, 61,9 % (13) da amostra é constituída por mulheres e 38,1% (8) é constituída por homens. As mulheres estavam distribuídas em 8 no CD e 5 em SAD. Já os homens estavam integrados 2 em CD e 6 em SAD. Podemos verificar uma presença superior das mulheres o que se poderá relacionar com o fenómeno da feminização da velhice, explicado pelas diferenças no declínio físico e metabólico entre homens e mulheres, que leva a uma maior longevidade das mulheres, o que também tem sido relacionado com outros fatores de risco, como sejam acidentes de trabalho, tabagismo e uso de álcool, assim como diferenças na forma de encarar doenças e incapacidades (Mazo; Lopes; Benedetti, 2009).

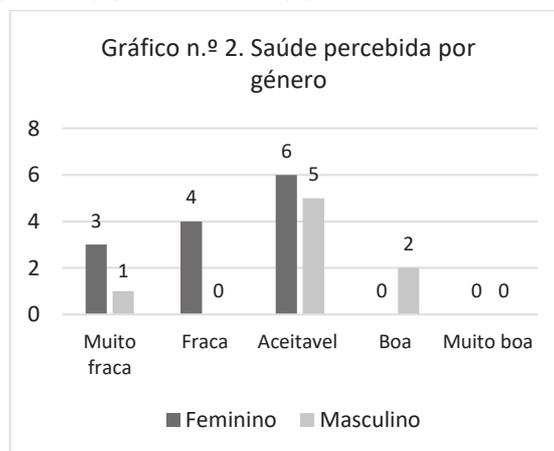
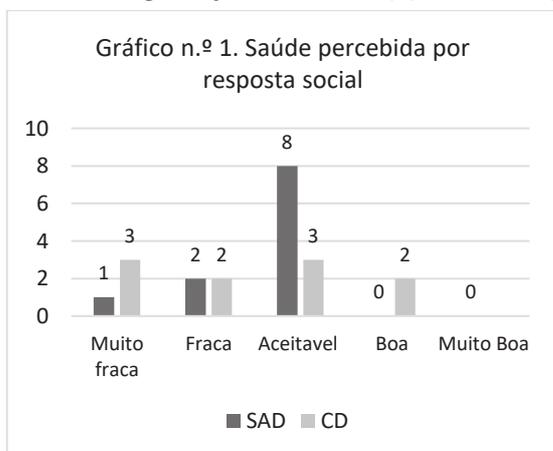
Em relação ao género salientamos uma diferença entre as duas respostas sociais, sendo os homens mais presentes no SAD (6) e as mulheres em CD (8). Embora não se tenha recolhido dados para justificar essa diferença, podemos supor, a partir da literatura existente, que os homens apresentam maior dificuldade na participação em atividades grupais (Ferreira; Izzo, Jacob, 2007).

A maioria da amostra é viúva/o, 12 idosos correspondente a 57,1%, 5 eram casados (23,8%) e 4 solteiros (19,1%). A distribuição dos idosos por estado civil e resposta social é muito semelhante, já que temos 2 solteiros em cada uma respostas sociais, 3 casados em SAD e 2 em CD e igual número (6) de viúvos em CD e SAD.

No que respeita à coabitação uma grande parte, 10 idosos (47,6%), vive sozinho. Destes a maioria (7 idosos) esta integrado em resposta de SAD que representa na atualidade uma das alternativas para os idosos não terem que abandonar as suas casas e os seus pertences, já que este serviço consegue satisfazer as suas necessidades básicas no domicílio. Apresenta-se, por isso, como uma resposta importante que, em muitos casos, se articula com a solidariedade informal que no nosso país surge como um importante suporte para o cuidado dos idosos (Pimentel, 2005).

A escolaridade predominante na amostra é o ensino primário completo, com uma percentagem de 47,6%, que corresponde a 10 idosos. Dos inquiridos 5 (23,8%) nunca frequentaram a escola, e igual número (5, 23,8%) possui o ensino primário incompleto. Apenas 1 idoso (4,8%) possui o 2º ciclo. É visível a baixa escolaridade da nossa amostra, já que cerca de metade (10 idosos) não possui o 1º ciclo e o mesmo número possui apenas a instrução primária. Esta situação esta relacionada com a idade da nossa amostra, uma vez que a escolaridade obrigatória não existia quando eram jovens e a oportunidade da frequência escolar por vários anos era escassa, principalmente em meios rurais, como é o caso do contexto geográfico dos nossos inquiridos.

No que concerne à questão da autoavaliação sobre a saúde colocamos 5 hipóteses de escolha da autoavaliação qualitativa do estado de saúde: muito boa, boa, aceitável, fraca e muito fraca. A maioria dos inquiridos (11 idosos, correspondente a 52,4%) considera que a sua saúde é “aceitável”. De acordo com os dados apresentados no Gráfico nº1, nenhum dos idosos inquiridos considera ter uma saúde “muito boa” e apenas dois (9,5%) consideram esta ser “boa” (ambos a frequentar o CD). Na avaliação da saúde como “fraca” surgem 4 idoso (19,05%), divididos de igual forma em CD e SAD (com 2 idosos em cada), e como “muito fraca” surgem outros 4 idosos (19,05%), correspondendo 1 ao SAD e 3 ao CD. Deste modo - e considerando o “aceitável” como uma avaliação qualitativa intermetida, a “muito boa” e “boa” como avaliação positiva e o “fraco” e “muito fraco” como uma avaliação negativa – podemos dizer que apenas 9,5% da nossa amostra (2 idosos) possui uma avaliação positiva do seu próprio estado de saúde e 38,1% (8 idosos) possui uma avaliação negativa do seu estado de saúde. Assim, em SAD a percepção do estado de saúde pelo próprio idoso foi de aceitável (8), fraca (2) e muito fraca (1); no CD esta gradação foi de boa (2), aceitável (3), fraca (2), muito fraca (3).



Verificamos existir uma relação entre o estado de saúde percebida e o género (Gráfico nº2). Assim, os únicos inquiridos que efetuam a avaliação positiva do seu estado de saúde (como

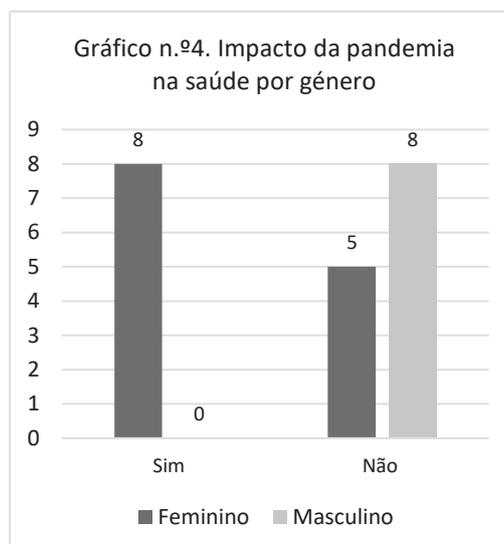
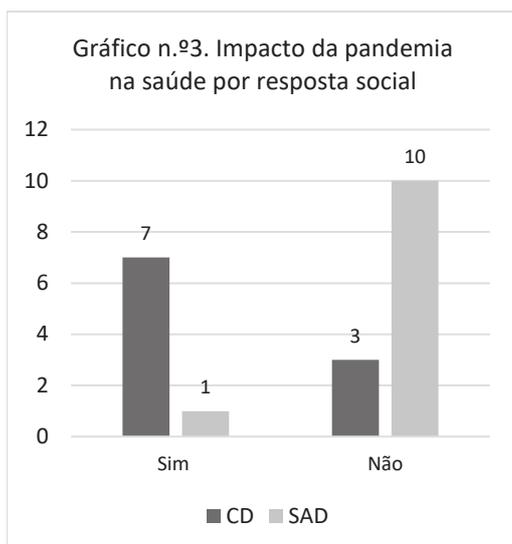
“boa”) são do género masculino. Já as respostas “fraca” e “muito fraca”, correspondente a uma autoavaliação negativa da sua saúde, pertenceram maioritariamente a inquiridos do género feminino (7 mulheres e apenas 1 homem).

Ao serem solicitados para comparar com o ano passado a sua situação de saúde atual, os itens que apresentam um número de respostas mais elevado são: “Mais ou menos na mesma” respondido por 12 participantes (57,1%) e “Um pouco pior do que há um ano” por 9 indivíduos (42,9%). As respostas “muito melhor do que há um ano”, “um pouco melhor do que há um ano”, e “muito pior do que há um ano” não obtiveram qualquer resposta por parte dos inquiridos. É, assim, visível que o sentimento que todos os idosos possuem sobre o seu estado de saúde vai ao encontro do conhecido processo de envelhecimento, no qual a deterioração funcional e do estado de saúde é progressiva e decorre ao longo do tempo. Um dado curioso foi o facto de para a maioria dos utentes de SAD (8 contra 4 do CD) a sua saúde é entendida como estável quando comparada com o ano anterior, mas pelo contrário a maioria dos utentes que consideram estar pior pertencem a resposta de CD (6 idosos contra 3 de SAD).

Quando solicitamos aos inquiridos para estabelecer uma comparação com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, verificamos que grande parte dos idosos (10, correspondente a 47,6%) considera ser “mais ou menos na mesma”, sendo que destes a maioria que respondeu foi de SAD (7 contra 3 em CD). Um número, também, elevado de idosos (7, correspondente a 33,3%) consideram que o seu estado de saúde é “um pouco pior” quando comparado com os seus pares, estando aqui as respostas de SAD e CD muito próximas (com 3 e 4 idosos, respetivamente). Numa visão mais positiva com a consideração de possuir uma saúde “muito melhor” que os seus pares surgem 2 idosos (9,5%), ambos de CD e no outro extremo com a consideração de “muito pior” surge 1 idoso (4,8%) integrado em SAD. Um (4,8%) dos inquiridos, integrado em CD, não sabe/não responde.

Seguindo a mesma lógica da resposta anterior grande parte dos idosos (10/ 47,6%) efetua uma avaliação da sua saúde, quando comparada com seus pares, de estabilidade. A avaliação positiva da sua saúde na comparação com os outros surge em apenas 2 idosos (9,5%), ambos a frequentar o CD, o que poderá ser indicativo de se tratar de idosos autónomos. A avaliação negativa do seu estado de saúde na comparação com os pares surge em 8 idosos (38,1%), sendo que o que faz a pior avaliação (“muito pior”) esta integrado em SAD. Um idoso (4,8%) não sabe/não responde.

Quando questionados se a pandemia teve influência no seu estado de saúde verificamos que a maioria, 13 idosos, considera que não (61,9%) e 8 responderam que sim (38,1%), todas do género feminino (Gráfico nº4). Esta resposta poderá ser facilmente explicada já que, de acordo com os dados apresentados no Gráfico nº3, a maioria dos idosos que respondeu que não (10 em 13) estão integrados em resposta de SAD, que com a pandemia continuou a funcionar de forma idêntica ao que já existia (com a óbvia introdução dos equipamentos de proteção individual). Já a maioria dos idosos que responderam que sim pertencem ao CD (7 em 8), resposta que foi descontinuada o que levou, apesar de todo o esforço de as instituições manterem contacto com estes idosos, a uma alteração do dia-a-dia destes idosos, com uma diminuição substancial das atividades que desenvolviam e, acima de tudo, dos contactos e convívios sociais que possuíam.



O modo como as 8 idosas consideram que a pandemia influenciou a sua vida é na maioria (7) ao nível psicológico/ emocional, nomeadamente com o aumento de sentimento de isolamento (2), de imobilidade (2), de tristeza (1) e de medo (1). Uma (1) das idosas referiu a dificuldade de ter acessos aos cuidados/tratamentos de saúde.

Considerações finais

Verificamos, neste estudo, uma relação entre o género e a autoavaliação do estado de saúde, onde a maioria dos inquiridos que efetuou uma avaliação negativa da saúde percebida são mulheres e apenas homens efetuaram uma avaliação positiva da mesma. Estes dados contrariam o estudo elaborado por French, Gekoski e Knox (1995) no qual verificaram que existia uma diferença entre géneros na avaliação do seu bem-estar físico e psicológico, onde as mulheres surgiam como possuindo mais altos níveis de saúde percebida que relacionaram com as diferenças de estratégias de coping entre homens e mulheres. No entanto, os dados do presente estudo vão ao encontro dos estudos de Néri (2001) onde as mulheres idosas, por apresentarem mais comorbidades e maior risco de incapacidade e dor crónica, surgem como as que pior avaliam o seu estado de saúde. No mesmo sentido, num estudo prospetivo de Wilcox, Kasl e Idler (1996) sobre a relação entre incapacidades físicas e saúde percebida, com 254 idosos hospitalizados, o género feminino registou índices mais baixos de saúde percebida.

Podemos concluir, igualmente, que a maioria dos idosos da nossa amostra (11 idosos, 52,4%) apresentam o valor de “aceitável” na autoavaliação da sua saúde, o que poderá ser indicador que os mesmos aceitam as mudanças biológicas, psicológicas e sociais inevitáveis e que ocorrem com o passar do tempo; já os 8 idosos (38,1%) que consideram a saúde percebida como negativa possuem uma visão patológica que, em regra, se relaciona com o aparecimento de doença e com a, conseqüente, diminuição funcional e aparecimento de mal-estar e dor (Ribeiro, 2007; Castro, 2007); apenas dois idosos (9,5%) possuem uma visão positiva da sua saúde percebida o que poderá corresponder a uma perspetiva de envelhecimento bem sucedido (Baltes & Baltes, 1990, citado em Gonçalves et al, 2006). Note-se que os únicos com a avaliação positiva pertenciam ao CD o que poderá ser explicado, de acordo com Almeida et al. (2014), pela

relação existente entre a capacidade funcional (e o respetivo reflexo da autonomia e independência) e a (boa) saúde percebida.

Quando foi utilizado algum critério de comparação os dados demonstram que as mulheres possuem uma perceção negativa do seu estado de saúde quando comparado com o ano anterior e com os homens. Estes resultados vão ao encontro dos estudos que apresentam maior existência de morbididades nas mulheres do que no homem com o decorrer da idade. Como nos lembra Pinheiro et al. (2002, p. 688) “embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbilidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde”.

O facto de na avaliação do estado de saúde na comparação com o ano anterior a maioria dos idosos (12, 57,1%) considerar estar “mais ou menos igual” poderá indicar um processo adaptativo, ao longo do curso de vida, em relação à saúde física e funcional. Estes resultados foram ao encontro do estudo apresentado por Fernandes et al. (2010), onde grande parte dos idosos do estudo consideravam ter uma saúde igual ao que tinham no último ano. Os restantes idosos (9, 42,9%) consideraram que o seu estado de saúde tinha piorado em relação ao ano anterior, o que poderá estar relacionado, na perspetiva dos autores Ebly, Hogan e Fung (1996), com a tendência para o agravamento de problemas de saúde (visual, auditivo, cardíaco e do sistema músculo-esquelético) e as, conseqüentes, limitações funcionais para o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Desde que no dia 11 de março, a OMS definiu o surto como pandemia, que a vida de todos mudou e, em especial, a dos idosos: os que estavam em ERPI deixaram de receber visitas e de desenvolver um conjunto de atividades, os de Centro de Dia viram-se vedados de continuar a frequentar os mesmos, em casa muitos deixaram de ver os seus familiares, na rua deixaram de existir os convívios e encontros quotidianos e, nos momentos de confinamento mais duro, deixaram mesmo de ter qualquer contacto social. Se tivermos em conta que a capacidade funcional dos idosos sofre um impacto negativo, e seu conseqüente deterioramento, quando estes deixam de andar, de fazer exercício, de desenvolver atividades de motricidade, de fazer jogos, de falar, de conviver, então é fácil imaginar que será enorme o impacto que a atual Pandemia está a ter na sua vida.

Dos idosos inquiridos 8 (38,1%) consideram que a pandemia teve um impacto na sua saúde. Todas eram do género feminino e integravam o CD, resposta social que sofreu grandes impactos com a pandemia, nomeadamente com o seu encerramento. As atividades desenvolvidas com os frequentadores dos CD foram substituídas por atividades mais individualizada, tendo diminuído a quantidade das mesmas e, como é obvio, deixaram de existir as atividades que implicavam o convívio social.

Maioritariamente estas idosas consideram que o maior impacto desta pandemia foi ao nível psicológico/ emocional, fruto da diminuição dos convívios e do aumento da ansiedade, medo e isolamento. Ainda é muito cedo para se analisar o impacto da pandemia, mas sabemos que o mesmo terá certamente impactos na saúde mental dos portugueses. Num estudo que está a ser desenvolvido, com adultos com mais de 50 anos, por uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra, para avaliar o “impacto do isolamento social imposto pela pandemia de covid-19 no bem-estar físico e psicológico de adultos e idosos”, após uma primeira análise dos dados, a investigadora Sandra Freitas refere que “o período de confinamento obrigatório

favoreceu significativamente o desenvolvimento de maiores níveis de sintomatologia depressiva e, conseqüentemente, pior qualidade de vida nos portugueses” (jornal público, 12/10/2020)².

Bibliografia

- Almeida, M., Batista M., & Campos C. (2014). “Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos”. In Campos, M.C.V.; Correa, A.H.M.; Berlezi, E.M. (eds.). *Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos*. (pp.149-172). Ijuí: Unijui.
- Borim, F., Barros, M., & Neri, A. (2012). Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas. *Cad. Saúde Pública* [internet], 28(4), pp.769-780. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
- Castro, C. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Cooper R., Kuh D., Cooper, C., Gale, C.R, Lawlor, D., & Matthews F. (2011). “Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review”. *Age Ageing*, 40(1), pp. 14-23.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). “Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators”. *Journal Social Indicators Research*, v. 40, pp.189-216.
- Ebly E., Hogan D., & Fung T. (1996). Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal of Public Health*, 87(1), pp. 28-31.
- Fernandes, A., Pires, C., Ribeiro, S., Maagh, S., Mirapalheta, P., & Lange, C. (2010). “Autopercepção de saúde de idosos vítimas de causas externas atendidos no Pronto Socorro de Pelotas”. *Anais II do Congresso de Iniciação Científica* da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas: UFP.
- Ferreira, F., Izzo, H., & Jacob Filho, W. (2007). “Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada”. *Revista Saúde Coletiva*, v. 4, n.17, PP. 154-157.
- Fonseca, M.; Paúl, C. (2004). “Saúde Percebida e Passagem à Reforma”. *Revista Psicologia Saúde & Doenças.*, vol. 5(1), pp.17-29.
- French, S., Gekoski, W., & Knoxv, J. (1995). “Gender differences in relating life events and well-being in elderly individual”. *Social Indicators Research*, v. 35, pp. 1-25.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J, Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). “Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (1), pp. 28-47.
- Mazo, G., Lopes, M., & Benedetti, T. B. (2009). *Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica*. 3. ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Sulina.
- Neri, A. (1993). *Qualidade de vida na velhice*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. (2001). “Velhice e Qualidade de vida na mulher”. In: Neri, A.L. (ed.) *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus.
- Papaléo, N. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F., & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinheiro, S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), pp. 687-707.
- Pitanga, F. (2010). *Epidemiologia: da Atividade Física, do Exercício Físico e da Saúde*. 3 ed. São Paulo: Phorte editora.
- Queiroz, M., Sousa, J., (2010). “O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos”. *Revista da Escola de Enfermagem*, vol.44, n.2, pp.407-412.
- Ribeiro, A. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia na Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.
- Santos, S. (2010). “Concepções teórico-filosóficas sobre gerontogeriatrica envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica”. *Rev. Bras. Enfermagem*, v. 63, n. 6, pp. 1035-1039.
- Steinhagen-Thiessen, E., & Borchelt, M. (1999). “Morbidity, medication, and functional limitations in very old age”. In Baltes, P. B.; Mayer, K. U. *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teixeira, I., & Neri, A.L. (2008). “Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida”. *Psicol USP*, 19(1), pp.81-94.
- Wilcox, V., Kasl, S., & Idler, E. (1996). Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. *Journal of Gerontology: Social Sciences.*, v. 51B, n. 2, pp. S96-S104.

²Disponível em <https://www.publico.pt/2020/10/12/ciencia/noticia/covid19-estudo-avalia-impacto-isolamento-social-adultos-idosos-1934884>.

